

UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE ARQUITECTURA

CARRERA DE ARQUITECTURA

HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL

PROYECTO PROFESIONAL PRESENTADO POR

Zuleika Helen Barreda Rázuri

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ARQUITECTA

Lima, Abril del 2006

A mis papás, por su confianza y apoyo constante e incondicional a lo largo de toda mi vida y carrera.

A mi familia, por su apoyo y por soportarme en los buenos y malos ratos.

A mis amigos y personas que, de alguna manera hicieron posible que llegara este día.

HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL

INTRODUCCIÓN

1. Motivaciones
2. Justificación e importancia
3. Síntesis por capítulos

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

1. Problemática general
 - 1.1 Objetivo general
 - 1.2 Objetivos específicos
2. Metodología implementada
 - 2.1 Cuadro Conceptual
3. Conclusiones

CAPÍTULO 2. LA EVOLUCIÓN DE LOS HOSPITALES

1. Arquitectura hospitalaria en el Mundo
 - 1.1. El Hospital en Oriente
 - 1.2. El Hospital en Occidente.
 - 1.2.1. Grecia y Roma.
 - 1.2.2. La Edad Media.
 - 1.2.3. La Edad Moderna.
 - 1.2.4. El siglo XX.
 - 1.3 Una Nueva Arquitectura Hospitalaria.
2. La Arquitectura Hospitalaria en el Perú
 - 2.1 Antecedentes Históricos y Arquitectónicos

- 2.2 Estructura Hospitalaria Nacional
 - 2.2.1 Infraestructura, Administración y Ubicación de los Hospitales en Lima Metropolitana
- 3. Tipología de Hospitales
 - 3.1. Por formas
 - 3.2. Por N° de camas
- 4. Conclusiones

CAPÍTULO 3. LA MEDICINA

- 1. Evolución de la Medicina
 - 1.1 La Medicina en Oriente
 - 1.1.1 Medicina en la Edad Antigua
 - 1.1.2 Medicina Hebreo – Judía
 - 1.1.3 La Medicina en Extremo Oriente
 - 1.1.4 La Medicina China
 - 1.1.5 La Medicina Árabe
 - 1.2 La Medicina en Occidente
 - 1.2.1 La Medicina en la Antigua Grecia
 - 1.2.2 La Medicina en Roma
 - 1.2.3 En la Edad Media
 - 1.2.4 En la Edad Moderna
 - 1.2.5 La Medicina Contemporánea
 - 1.3 La Medicina en las Américas
 - 1.3.1 En América Precolombina
 - 1.3.2 Los Incas
 - 1.4 La Medicina Natural
 - 1.4.1 Un poco de Historia

- 1.4.2 En la Actualidad
- 1.5 La Medicina Peruana
- 2. Conclusiones

CAPÍTULO 4. LA MATERNIDAD

- 1. La Madre y el Niño en el Mundo
 - 1.1 Un poco de historia...
 - 1.2 Situación Materno Infantil a nivel Mundial
- 3. La Madre y el Niño en el Perú
 - 3.1 Antecedentes Históricos y Arquitectónicos
 - 3.1.1 Un poco de historia...
 - 3.1.2 Los Primeros Centros de Atención Materno Infantil
 - 3.1.3 Hospitales Amigos de la Madre y del Niño
 - 3.2 Situación Materno Infantil en el Perú
 - 3.2.1 Contexto Demográfico. Fecundidad. Natalidad. Maternidad. Mortalidad Materna. Mortalidad Infantil
 - 3.2.2 Situación de la Maternidad en la Costa del Perú
 - 3.2.2.1 El parto en la vida de la Costa
 - 3.2.3 Situación de la Maternidad en la Región Andina
 - 3.2.3.1 El parto en los Andes
 - 3.2.4 Situación de la Maternidad en la Región Amazónica
 - 3.2.4.1 El parto en la Selva
- 4. Evolución de los Métodos de Atención a Madres Gestantes
 - 4.1 Psicoprofilaxis.... La Historia. Ejercicios Pre-Natales. Parto Natural. Parto en el Agua. Parto Cesárea. Cirugía Fetal Intrauterina.
- 5. Conclusiones

CAPÍTULO 5. PROYECTOS REFERENCIALES INTERNACIONALES

1. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón
 - 1.1 Arquitecto Rafael Moneo
 - 1.2 Historia
 - 1.3 Concepto
 - 1.4 Ubicación
 - 1.5 Descripción del proyecto
 - 1.6 Análisis de Planos
 - 1.7 Programación
 - 1.8 Conclusiones

2. Hospital Mediterráneo para la Generación Cero
 - 2.1 Njiric + Njiric Arquitectos
 - 2.2 Concepto
 - 2.3 Descripción del proyecto
 - 2.4 Análisis de Planos
 - 2.5 Conclusiones

3. Pabellón de la Mujer y el Niño del Hospital La Beauché
 - 3.1 Concepto
 - 3.2 Descripción del proyecto
 - 3.3 Análisis de Planos
 - 3.4 Programación
 - 3.5 Conclusiones

4. Pabellón de Unidad de Emergencias para la Mujer y el Niño del Hospital du Nord
 - 4.1 Concepto

- 4.2 Descripción del proyecto
- 4.3 Análisis de Planos
- 4.4 Programación
- 4.5 Conclusiones

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE PROYECTOS REFERENCIALES NACIONALES

1. Instituto Materno Infantil (Ex Maternidad de Lima)

- 1.1 Historia
- 1.2 Situación Materno Infantil
- 1.3 Descripción del proyecto
- 1.4 Análisis Planos
- 1.5 Programación
- 1.6 Conclusiones

2. Hospital Materno Infantil “San Bartolomé”

- 2.1 Historia
- 2.2 Situación Materno Infantil
- 2.3 Descripción del proyecto
- 2.4 Análisis de Planos
- 2.5 Programación y Equipamiento
- 2.6 Conclusiones

3. Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto

- 3.1 Historia
- 3.2 Situación Materno Infantil
- 3.3 Descripción del proyecto
- 3.4 Programación

3.5 Conclusiones

CAPÍTULO 7. SITUACIÓN DE SALUD EN EL DIST. DE SAN JUAN DE MIRAFLORES

1. Problemática del Sistema de Salud y Estado Sanitario
2. Situación Materno Infantil
3. Conclusiones

CAPÍTULO 8. EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

1. Antecedentes históricos
 - 1.1 Historia
 - 1.2 Población atendida y Situación Actual
 - 1.3 Organigrama estructural del Hospital María Auxiliadora
2. Antecedentes arquitectónicos
 - 2.1 Tipología
 - 2.2 Programación y Equipamiento
 - 2.3 Plano general
3. Conclusiones

CAPÍTULO 9. EL HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL

1. Población a ser atendida
2. Caracterización del usuario
3. Asepsia
4. Proceso de diseño
 - 4.1 Primeras tomas de partida
 - 4.2 Primeras imágenes del proyecto
 - 4.3 Evolución del Proyecto
5. El Proyecto

- 5.1 Toma de partida
- 5.2 Fluxometrías
- 5.3 Unidades de atención
- 5.4 Relación Espacio-Actividad
- 5.5 Instalaciones Sanitarias e Hidráulicas
- 5.6 Instalaciones Eléctricas
- 6. Conclusiones

CAPÍTULO 10. EL COLOR

- 1. Historia y evolución
 - 1.1 Colores y Personalidad
 - 1.2 Los colores como tratamiento
- 2. El color en la arquitectura
 - 2.1 Hospitales y Clínicas

CAPÍTULO 11. EL PAISAJE

- 1. Principios de la arquitectura paisajista
- 2. El lugar
 - 2.1 El paisaje en zonas hospitalarias
- 3. Conclusiones

CAPÍTULO 12. REGLAMENTACIÓN

- 1. Reglamentos del Ministerio de Salud
 - 1.1. Aspectos importantes
- 2. Normas Técnicas para personas con discapacidad
- 3. Conclusiones

CAPÍTULO 13. EL USUARIO

1. La Madre

1.1 Relación binomio Madre-Niño

1.1.1 El contacto prematuro Madre-Hijo “Piel a piel”.

1.1.2 Primeros acercamientos...

1.1.3 Rooming-In

1.2 Relación Médico-Paciente

1.3 La Psicología en la Mujer Embarazada

1.3.1 La Gran Noticia. El Cuerpo y la Mente en Gestación. La llegada del gran día. Los obstáculos psicológicos.

2. El Padre

2.1 ¡Voy a ser Padre!

3. El Niño

3.1 La Psicología en el recién nacido

3.2 La Psicología en el niño

4. Los Familiares

5. El Personal en Clínicas y Hospitales

5.1 El Personal Médico

5.1.1 El Hombre, la responsabilidad y los daños

5.2 El personal asistencial. Técnico y paramédico

5.2.1 Enfermería en Maternidad y en Neonatología

5.2.2 Técnicos

5.3 El personal de apoyo

5.3.1 Administrativo

5.4 El personal de Intendencia

5.4.1 De servicio

5.4.2 Proveedores

6. Diferencias de atención directa al paciente
7. Conclusiones

CAPÍTULO 14. LUGAR DE ESTUDIO

1. Expediente urbano
 - 1.1 Características arquitectónicas y tipológicas de la zona
 - 1.2 Planos
 - 1.2.1 Zonificación
 - 1.2.2 Flujo Vehicular
 - 1.2.3 Equipamiento Urbano
 - 1.2.4 Uso de Suelos
 - 1.2.5 Altura de Edificación
2. Terreno
 - 2.1 Accesibilidad
 - 2.2 Plano del terreno
 - 2.3 Plano topográfico
 - 2.4 Levantamiento fotográfico del entorno
 - 2.5 Levantamiento fotográfico del terreno
3. Conclusiones

CAPÍTULO 15. PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

1. Conceptos Propuestos
2. Programación
 - 2.1 Programa de Áreas
3. Conclusiones

CAPÍTULO 16. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

1. Motivaciones

Motivación Arquitectónica

Lograr que el Hospital Materno Infantil, sea de calidad arquitectónica para el beneficio de los mismos pacientes como para el contexto urbano del lugar. Además, lograr que los pacientes se sientan en confort y que se den todas las medidas necesarias para que los profesionales de la salud puedan realizar sus actividades en espacios arquitectónicos aptos y hábiles para cada propósito.

Buscar también que sea accesible y se descentralice de alguna manera los centros destinados al área de salud, que la mayoría o los más equipados se encuentran en el Centro de Lima lo cual no es beneficioso para las madres gestantes del cono sur, las cuales no están en condiciones de realizar largos viajes para llegar a un centro de salud. Incluso facilitaría la cercanía con los Distritos de Cieneguilla, Lurín, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, etc.

Motivación Paisajística

Creo que uno de los principales retos es lograr un trabajo paisajista dentro de un contexto netamente urbano como lo es la ciudad de Lima, en donde hay una gran ausencia de áreas verdes.

En otros países la recuperación física como la emocional es igual de importante, es por ello que el diseño y manejo de un área dentro del proyecto ayudaría a este objetivo, además de ser un aporte urbano ya que está ubicado en el cono sur, en el distrito de San Juan de Miraflores, distrito que no tienen un ordenamiento urbano.

Motivación Social

Elegí este tema debido a la gran problemática existente en la morbi-natalidad de los niños y de las madres, lo cual sucede por falta de información, acceso, infraestructura y negligencia. Un Hospital Especializado Materno Infantil, con una buena infraestructura puede recibir a madres gestantes de diferentes clases sociales, antes, durante y después del parto.

Crear un Hospital Especializado Materno Infantil que recapte la población materno infantil del distrito, en su mayoría migrante de la sierra peruana, la cual trae consigo sus creencias, tradiciones y miedos.

2. Justificación e importancia

El Hospital María Auxiliadora al ser el hospital con mayor demanda en el cono sur, no se da abasto para poder satisfacer todas las necesidades médicas de diferente índole de la población. Una de las actividades médicas realizadas en mayor porcentaje es la referente al campo gineco-obstétrico, sin embargo el hospital no cuenta con los equipamientos necesarios para atender los partos de alto riesgo, y la atención post-natal.

Es por ello, que un Hospital Especializado Materno Infantil, habilitaría al Hospital María Auxiliadora en cuanto a su capacidad de atención en enfermedades de otra índole. Además, el hospital contribuiría a atender las principales causas directas que se presentan durante el embarazo, como son: hemorragias, abortos, infecciones, hipertensión arterial inducida por gestación y también las causas indirectas como: enfermedades infecciosas, tumores y otras enfermedades que coexisten con la gestación.

Además se debe tener presente la importancia de los factores obstétricos como la edad adolescente, primiparidad, multiparidad, el intervalo intergenésico, el antecedente muerte perinatal, la deficiencia o ausencia del control pre-natal, la patología durante el transcurso del embarazo y las complicaciones del parto que influyen en la tasa de mortalidad perinatal hospitalaria. Sin dejar de mencionar los factores fetales como: bajo peso al nacer, prematuridad, desarrollo intrauterino inadecuado, asfixia, etc.

Como se ve, es un campo muy complejo que necesita de una adecuada atención y que surge de una justificación social que acoge la necesidad del hombre de contar con un bienestar físico-mental.

Definitivamente es un tema netamente arquitectónico, ubicado dentro de un contexto urbano determinado, lo que significa en sí un compromiso importante con la ciudad. Pero el hecho de ser un centro de atención hospitalaria necesita analizar dos aspectos importantes como son el aspecto físico de la madre y el niño como también el aspecto emocional. Para éste último aspecto se necesita de un trabajo paisajístico que ayude con este propósito. Considero que es un aspecto que no se tuvo ni se tiene presente al momento de proyectar un centro hospitalario en la ciudad, donde las personas hospitalizadas lo único que miran a su alrededor son casas, calles llenas de tránsito, etc. Es por ello que creo necesario dar igual importancia a una zona paisajista dentro de la institución.

También se requiere de un estudio en el campo de la Tecnología ya que al ser un Hospital Especializado Materno Infantil, se necesitan muchos equipos e instalaciones especializados, que permitan la recuperación de los pacientes. Además de toda una investigación histórica de la evolución de los hospitales y la historia en sí de cómo han ido evolucionando las técnicas de parto y las creencias propias de distintas partes del mundo y del Perú.

3. Síntesis por Capítulos

INTRODUCCIÓN: Se definen las principales motivaciones, justificaciones e importancia del tema para la realización de la tesis.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

Se define la problemática general, indicando los objetivos generales como específicos y la metodología implementada acompañada de un cuadro explicativo para la realización de la tesis.

CAPÍTULO 2. EVOLUCIÓN DE LOS HOSPITALES

En este capítulo se analiza la evolución formal y funcional de los centros dedicados a la salud hasta la actualidad a nivel mundial y nacional.

CAPÍTULO 3. LA MEDICINA

Se analiza la evolución de la medicina, desde las primeras connotaciones mágicas y rituales que se le daba hasta los más recientes avances tecnológicos a nivel mundial y nacional.

CAPÍTULO 4. LA MATERNIDAD

En este capítulo se analiza la situación materno-infantil, los primeros lazos de vínculo que se establece entre la madre y el niño y la importancia que cada cultura le da, reforzada con creencias y tradiciones a nivel mundial y nacional.

CAPÍTULO 5. PROYECTOS REFERENCIALES INTERNACIONALES

Se analizan cuatro proyectos arquitectónicos, destacando los aspectos más importantes del proyecto, además de un breve análisis de planos.

CAPÍTULO 6. PROYECTOS REFERENCIALES NACIONALES

Se analizan dos proyectos arquitectónicos más importantes en Lima metropolitana de atención materno infantil, así como la evaluación del único centro de salud que atiende partos en el distrito de San Juan de Miraflores, destacando los aspectos más importantes del proyecto, además de un breve análisis de planos.

CAPÍTULO 7. SITUACIÓN DE SALUD EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES

Se analiza la situación de salud del distrito de S.J.M, así como un estudio de la situación materno infantil, al ser el distrito en donde se ubica el proyecto de tesis.

CAPÍTULO 8. EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

Al ser el proyecto de tesis anexo al Hospital María Auxiliadora, se hace un estudio y análisis de dicho hospital analizando las deficiencias y virtudes del hospital con el fin de determinar parte del programa del proyecto.

CAPÍTULO 9. EL HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL

En este capítulo se definen los principales aspectos como la población a atender, las fluxometrías del proyecto, proceso del diseño, conceptos, etc. para la elaboración de la tesis.

CAPÍTULO 10. EL COLOR

Se define la importancia del uso del color como elemento terapéutico y de distracción para un usuario específico como es la madre y el niño.

CAPÍTULO 11. EL PAISAJE

En este capítulo se hace un análisis de la importancia de las áreas verdes para la recuperación de los niños y de las madres, así como para revitalizar espacios que demandan continua actividad médica, además de servir como elementos de juego dentro del proyecto.

CAPÍTULO 12. REGLAMENTACIÓN

Se analizan las normativas que rigen la elaboración de proyectos hospitalarios, para poder determinar el programa del proyecto.

CAPÍTULO 13. EL USUARIO

En este capítulo se analizan los miedos, tradiciones, creencias de los usuarios objetivos, como son la madre y el niño, acompañados del padre y de la familia, analizando sus psicologías para poder diseñar espacios familiares hacia ellos, además de un análisis de las diferentes personas que acompañan este gran acontecimiento como médicos, enfermeras, personal de servicio, etc.

CAPÍTULO 14. LUGAR DE ESTUDIO

Se analiza el terreno escogido para el proyecto, analizando el equipamiento urbano alrededor, su accesibilidad, etc.

CAPÍTULO 15. PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

Se concibe el programa del hospital después de haber revisado normas, visitado centros hospitalarios, realizado entrevistas, revisar documentos, con el fin de aportar espacios acordes con los estándares de sanidad y a la vez que resulten familiares para los pacientes.

CAPÍTULO 16. BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO 1

METODOLOGÍA

1. Problemática General

El problema principal radica en la atención materno infantil en el Perú analizada a través de los índices de natalidad y mortalidad, en especial en el cono sur. Actualmente, la mayoría de los centros que ofrecen servicios de atención a la madre y a al niño, son deficientes en infraestructura, equipamiento, programación administrativa, suministros, recursos humanos, normatización, etc. Por ello, la calidad de vida de la madre y el niño, antes, durante y después del parto radica muchas veces en la atención médica adecuada a la que las pacientes han podido acceder. Obviamente, el índice de natalidad y morbilidad varía de acuerdo a los estratos sociales, ya que como es lógico las clases con mayor poder adquisitivo conocen la importancia y les es más accesible un buen control durante todo el embarazo.

Hoy, el Hospital María Auxiliadora es el hospital general con mayor porcentaje de atenciones médicas del cono Sur. Sin embargo, no se da abasto para todas las atenciones que implica la atención de la población no sólo del distrito de San Juan de Miraflores, sino también el de Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, Lurín, Pachacámac, etc.

Por ello, el problema surge en base a la necesidad de contar con un centro hospitalario especializado en la atención materno-infantil, capaz de poder atender las complicaciones de las madres gestantes y de los niños durante y después del embarazo para poder reducir así las tasas de mortalidad del binomio madre-niño.

1.1 Objetivo General

El Objetivo general es la elaboración de un Hospital Especializado Materno Infantil, como proyecto de grado arquitectónico que sirva de complemento de un sistema hospitalario existente, en este caso el Hospital María Auxiliadora. De manera que sea un diseño moderno en cuanto satisfaga las necesidades y requerimientos actuales de un hospital especializado y logre así a través de un tratamiento adecuado de los espacios, contribuir al óptimo desarrollo de las relaciones afectivas entre la madre y el niño en su adaptación al medio hospitalario.

1.2 Objetivos Específicos

- Conocer el funcionamiento del hospital María Auxiliadora en el distrito de San Juan de Miraflores, los servicios e instalaciones con los que cuenta para poder precisar las condiciones en el que se planteará el proyecto, para ello se realizarán consultas dentro del hospital como en el Ministerio de Salud.

- Describir la problemática del sector salud a nivel nacional y distrital, mediante cuadros estadísticos obtenidos por el INEI y el Instituto Materno Infantil ubicado en el centro de Lima.
- Analizar y conocer la realidad en la atención materno-infantil y su problemática en la ciudad de Lima, consultas con el IMI y con profesionales especializados en el tema.
- Conocer el rol que cumpliría el Hospital Especializado Materno Infantil en la zona y conocer su grado de influencia.
- Conocer el sector socio-económico al que va dirigido (área de estudio), consultas al INEI, al Hospital María Auxiliadora y al MINSA.
- Conocer la reglamentación especificada para los centros de salud, MINSA y Reglamento Nacional de Construcciones.
- Evaluar cómo vincular una arquitectura hospitalaria con la propuesta de un ambiente paisajístico interior.
- Conocer las nuevas tipologías y concepciones en los hospitales que influenciarán en el diseño arquitectónico.
- Determinar el número de población que acudirá para poder determinar la el número de camas, incubadoras, etc.
- Evaluar las características del terreno destinado, como el clima, el entorno, la topografía, el contexto, etc. para la ubicación del Hospital Especializado Materno Infantil, para saber en que manera pueden ser aprovechadas, y la vinculación con el Hospital María Auxiliadora.
- Conocer y analizar los accesos desde diferentes puntos de la ciudad haciendo mayor énfasis en los distritos aledaños a los que va dirigido.
- Analizar programas típicos de hospitales e institutos especializados para poder realizar un programa arquitectónico que satisfaga y cumpla todos los requerimientos necesarios para el bienestar del binomio madre-niño.

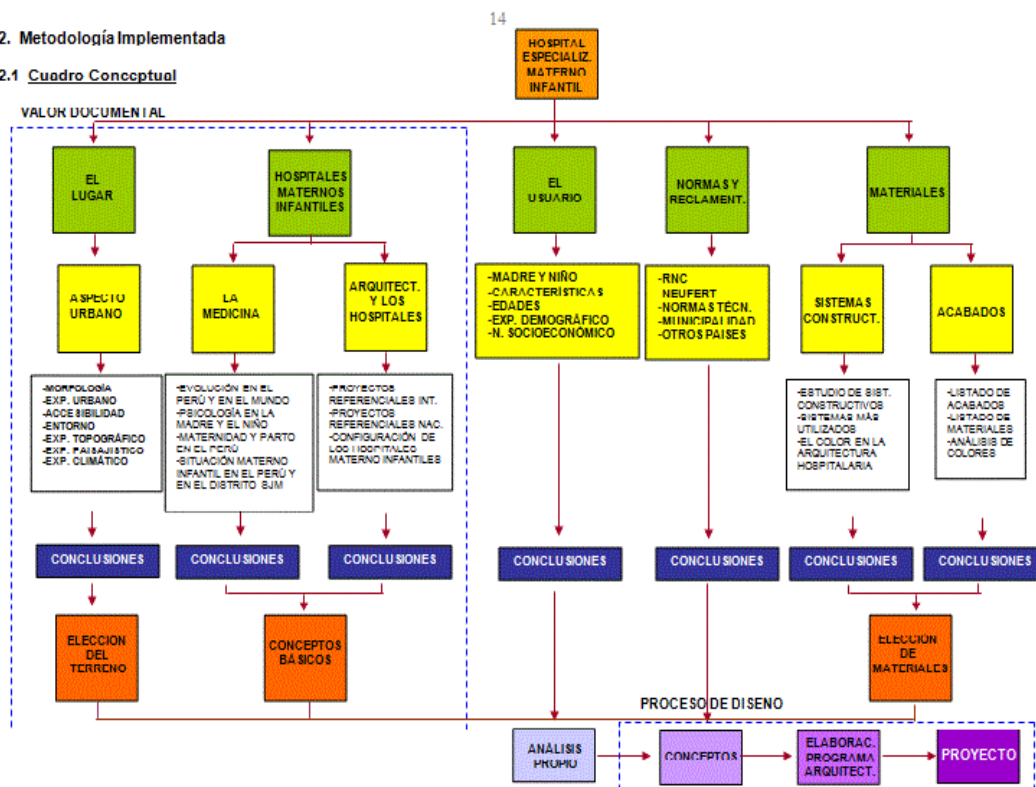
- Consultar con profesionales que trabajen en centros de salud destinados a la atención de la madre y el niño.
- Visitar centros de salud destinados a la atención madre-niño.
- Conocer los programas o planes del sector salud.
- Diseñar un centro hospitalario especializado Materno Infantil destinado a responder las necesidades específicas de la atención de salud de la madre y el niño, en este caso de una población migrante de Puno, Ayacucho, Huancavelica y Apurímac, que trae sus miedos y desconfianzas hacia los centros de salud. De manera de buscar con este proyecto recaptar a dicha población mediante la arquitectura, devolviéndoles la confianza, seguridad y confort para ellos y sus familiares.
- Crear un espacio hospitalario que exprese arquitectónicamente, un tipo de lenguaje apropiado para el usuario materno infantil, motivando su tranquilidad anímica y su actitud de colaboración con la práctica médica y hospitalaria.
- Generar un proyecto arquitectónico acorde con los estándares de confort exigidos por los usuarios que demandan elevada calidad, seguridad en la prestación de servicios de salud.
- Crear un centro de atención de salud que se integre con el contexto urbano y que no sea un obstáculo para el entorno.

2. Metodología Implementada

2.1 Cuadro Conceptual

2. Metodología Implementada

2.1 Cuadro Conceptual



3. Conclusiones

Esta primera parte del trabajo, expone de manera concreta los principales objetivos y motivaciones de este Proyecto de Tesis, estableciendo de manera gráfica, los procedimientos a seguir, especificados en la metodología.

La idea principal del Hospital Especializado Materno Infantil, consiste en la humanización del mismo, de manera de devolver el elemento de “comunicación” entre el hospital y los usuarios, madre y niño.

Más aún cuando es una población migrante que trae consigo sus miedos, costumbres y tradiciones respecto a su forma de vida, a su relación con los centros de salud y a la manera de ver a la maternidad como un regalo de la tierra, la pachamama.

Al tener una población con características especiales, el proyecto busca que se reivindique el simbolismo de la maternidad de la sierra peruana y de la importancia y relación de las creencias de las madres con la tierra, de manera simbólica. De forma, que este hospital les dé el elemento de confianza que ellas y sus familiares buscan.

Finalmente, el hospital buscará abrirse a la ciudad de manera arquitectónica y urbanísticamente tratando de que no sea un obstáculo para el entorno.

CAPÍTULO 2

LA EVOLUCIÓN DE LOS HOSPITALES

1. Arquitectura Hospitalaria en el Mundo

1.1 El Hospital en Oriente

Egipto

En Egipto, las enfermedades eran curadas en los templos, como en el “de Deir El Bari” ubicado en Tebas. Sin embargo, los médicos privados ejercían su labor en los “Aitreia”, lugares amplios que facilitaban esta práctica.

Árabes

En todas las ciudades conquistadas se construyeron centros sociales que sirvieron de lugares de arribo de las caravanas, estos centros agrupaban alrededor de un espacio central, generalmente regular, a la mezquita, al hospital, a la escuela tecnológica, y a los baños públicos

1.2 El Hospital en Occidente

1.2.1 Grecia y Roma

En la antigüedad clásica no se conocieron los hospitales. Sin embargo, en la Antigua Grecia, los cuidados colectivos tuvieron gran importancia.

En una primera etapa, los templos de los dioses atraían a los enfermos. Los templos más conocidos fueron los de “Aesculpa”, el de “Epidaure”, de “Atenea”, el de “Kos” y el de “Pergamino”.

Estos templos estaban situados lejos de las ciudades, en bosques sagrados y se caracterizaban por tener tratamientos comunes. En la noche, el enfermo era presa de sueños suscitados, a veces, por apariciones terroríficas, por lo que el tratamiento era prescrito por los sacerdotes médicos a la mañana siguiente. Estos enfermos no podían permanecer más de 24 horas en el templo.¹

Con los años, los hospitales fueron obra de Esculapio, quien creó los “Latena”, recintos muy parecidos a los templos con el fin de llamar la atención de los enfermos. Como padre, se encargó de enseñar la “cirugía”, el arte de curar las heridas, y el de la “medicina”, la ciencia destinada a la atención de las enfermedades.

Durante el S. V a.C, los seguidores de Esculapio, erigieron numerosos templos en su honor, que funcionaban como hospitales o “Asclepios”. Otra forma de atención fue el “latreo” griego, en los que se hallaban, cercanos a las viviendas de los médicos, los dispensarios para consultas, curas y urgencias.

¹ Broue, Pierre: “Historia de la Civilización”

A comienzos de la Roma Republicana, los patricios abrían sus viviendas a los enfermos y/o víctimas para ser atendidos por sus propios médicos. Sin embargo, a partir del reinado del emperador Claudio, se produjo una evolución sobre las concepciones morales, las reglas rigurosas de los santuarios fueron acatadas, y se comenzaba a tolerar la presencia de los enfermos graves por lo que surge la necesidad de construir edificaciones para poder albergarlos.

Más tarde, aparece la primera especie de edificación hospitalaria, las “Valetudinanes”, que sirvieron en sus inicios para la atención de los soldados y esclavos. Posteriormente, aparecen las “Casas sin Puertas”, que sirvieron de refugio y de hogar. Los enfermos crónicos, pobres o esclavos enfermos eran aislados y concentrados en el Tíber, del cual el que salía con vida era dejado en libertad.

Para los romanos, la atención por parte de un médico era todo un privilegio, por lo cual los enfermos no constituían una preocupación social. Posteriormente, Columella enumera las condiciones de higiene y aparecen teniendo gran desarrollo las aguas termales.

1.2.2 La Edad Media

Cristianismo

Con la prosperidad y el auge del Cristianismo se produce un cambio en los conceptos del tratamiento médico, por lo que cambian y adquieren valor las demandas sociales de los grupos menos favorecidos, apareciendo así las

primeras muestras de verdaderos hospitales, con mayor auge en el Imperio Romano de Oriente.

“.....cada ciudad debe tener un lugar separado para los viajeros, enfermos y pobres.....”

Concilio de Nicea, 325 d.C

En el año 325 d.C. en Constantinopla, el emperador Constantino mandó a construir el primer asilo para viajeros y pobres, llamado “Xenodoxium” y también ordenó la construcción formal de los hospitales por parte de la Iglesia.

Sin embargo, el “Ptocheion” fue la iniciativa más notable durante el S. IV, de César de Cappadoce y fundado por San Basilio. Sirvió de modelo para el Imperio Bizantino durante 10 siglos. Esta propuesta consistía en la construcción de toda una ciudad para los enfermos, tenía pabellones, habitaciones para aislamientos, una sección para leprosos y contaba con un taller de rehabilitación profesional para los obreros.

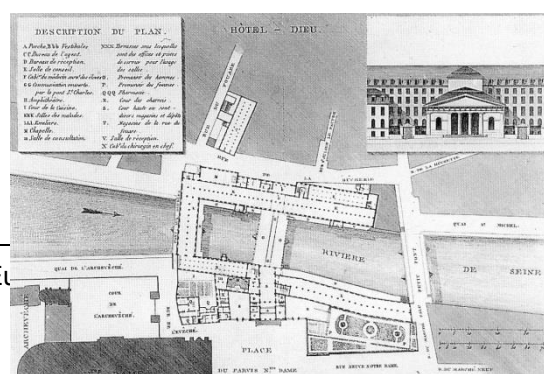
Luego de establecer la necesidad de una atención médica al alcance de todos, se forman en cada ciudad del Imperio Romano desde el S. VI, edificaciones que sirven de posada para los caminantes de Europa y que posteriormente, se convertirían en hospitales. Fue usual que la Iglesia tratara a los enfermos en los claustros de los conventos por lo que nacen las “órdenes hospitalarias”, siendo la primera la de San Antonio.

Fue Isidoro de Sevilla quien aconsejó el alargamiento del lugar para los enfermos de la Basílica y de las minorías étnicas. En el año 816 d.C, el Concilio de Aix-La Chapelle, fijó los principales lugares para el establecimiento de los hospitales por un período de 8 años.

Los obispos se encargaron de establecer hospitales. Como ellos mismos se encargan de la atención y cuidado de los enfermos, los hospitales se hacían en lugares de fácil acceso para ellos, surgiendo así los “Hospitales de Caridad” cerca a las catedrales.²

Los centros asistenciales para la salud estuvieron adyacentes a las instituciones religiosas. En las hospederías e incluso en las enfermerías de los conventos, se crearon tipos de hospitales de una sola nave que tuvieron su origen en los dormitorios de los religiosos o en las iglesias de una sola nave .

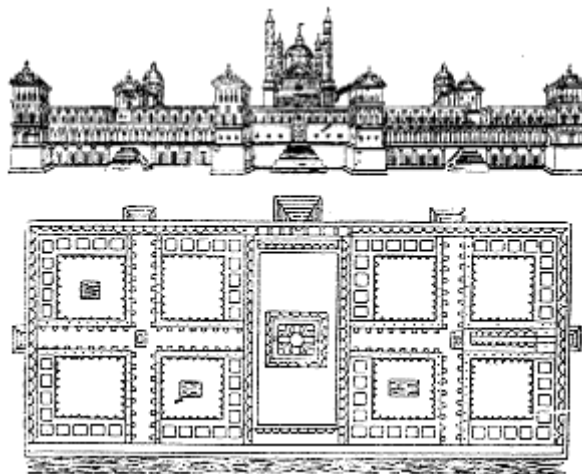
El hospital más importante durante este periodo fue el Hotel Dieu de París, ubicado en la Abadía de Saint Gall. Formado por cuatro pabellones, tres en un eje y el cuarto en uno perpendicular. Existía una zona de cuartos para los peregrinos y los pobres, otra zona estaba destinada para la iglesia. Existía una casa de huéspedes y una enfermería. Fue reconstruido en 1260 d.c y albergaba a 1280 pacientes en 450 camas.



² Braudel, Fernand: “Eu

Hotel Dieu de París

El cambio trascendente se produjo con el Ospedale Maggiore fundado por Francisco Sforza en 1457, bajo el diseño de Florentin Filarete. Consistía en una planta rectangular dividida en tres partes, la parte central era un gran patio con una capilla central, ubicándose a cada lado cuatro pabellones en forma de crucero delimitados por galerías aporricadas cuya función era para la circulación de pacientes, médicos y de abastecimiento. Posteriormente influyó en España, y luego ésta lo transmitió a Latinoamérica.



Ospedale Maggiore de Milán, Filarete 1456

Se norma que los hospitales deben construirse no sólo vecinos a una catedral o a un convento, sino que las salas de hospitalización debían tener un altar disponiéndose las camas en forma de que los pacientes puedan observar el Oficio de la misa.

Así tenemos las grandes naves abovedadas, provistas de columnas y de estrechas ventanas.

En el Renacimiento

Durante el S. XV, se establecen las primeras normas occidentales para la construcción de hospitales y se fijan las especificaciones espaciales para la edificación de hogares para leprosos, enfermos mentales y lugares de maternidad.

“.....todos los hospitales deben estar ubicados al lado o muy cerca de una Iglesia o catedral, y que todas las salas del hospital deben tener dentro de ellas un altar, disponiendo de camas de forma tal que la misa pueda ser seguida por los pacientes.....”

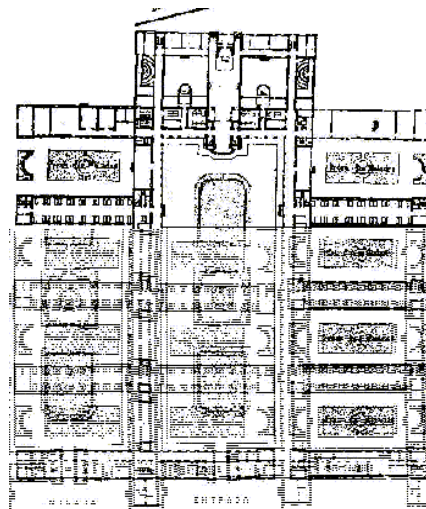
Concilio de Agnsgran

Esto marca el inicio de la Arquitectura Hospitalaria en Occidente, caracterizada por ser de tipo basilical, cruciforme o de tipo palaciega. En el año 1549 se construye en el Perú, el Hospital San Andrés, un hospital para los españoles en la ciudad de Lima, siendo el primer hospital en Sudamérica. En el S. XVII, los gobiernos confieren un carácter político a la asistencia social, debido a la pobreza y escasez de medicamentos. Por ello, se construyen grandes establecimientos hospitalarios como los de Salpetre, Bicetre, Los Inválidos y Chelsea.

En el S. XVIII se cambian las concepciones establecidas de la arquitectura hospitalaria y se disponen edificaciones de planta cuadrada y con dos pisos de altura. A su vez, se dibuja el plano hospitalario de muchas ciudades europeas, teniéndose en cuenta los hospitales centrales para enfermos graves, los grandes hospitales para mendigos en la periferia y los claustros para los que pudieran producir algún tipo de contagio.

1.2.3 La Edad Moderna

En el S. XIX, se discutía ante la exclusión de los hospitales fuera de la ciudad, por lo que los médicos adivinaban el rol que estos sitios jugaban en las consultas externas e insistían en la necesidad de guardar contacto directo con la población. La administración hospitalaria no atendía las recomendaciones de los expertos y otorgó su preferencia a planes de hospitales extra-urbanos y de grandes proporciones.



Hospital Lariboisiere de París, Francia 1890

Este hospital albergaba diez pabellones de tres pisos cada uno y contaba excelentes técnicas de ventilación, aislamiento y calefacción.

A fines del S. XIX y principios del S. XX, los hospitales engloban pabellones aislados en donde cada población podía elegir la forma, las dimensiones y la orientación que más les favoreciera. Sin embargo, se presentaba la desventaja de que las circulaciones eran exteriores y por medio de ellas se accedía a los pabellones.

Es este el periodo en el que se observa el perfeccionamiento de las concepciones hospitalarias, a merced de los descubrimientos en materia de cuidado y atención de la salud y de las ideas sanitarias.³

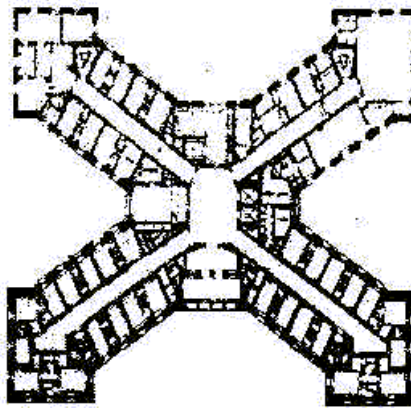
1.2.4 El Siglo XX

Durante el S. XX, la arquitectura hospitalaria alcanza un gran desarrollo en aspectos de funcionalidad y de adecuación a las necesidades de la práctica médica y la atención de emergencias. Surgen nuevas concepciones, donde la arquitectura hospitalaria debe conciliar con el equipamiento sanitario apropiado, que comprende todo una serie de funciones y ambientes diferentes, determinadas por el tipo de medicina ya sea privada o pública que se va a ofrecer.

Se populariza la arquitectura hospitalaria con pabellones comunicados por circulaciones internas aunque las distancias por recorrer seguían siendo muy largas. Sin embargo, con la aparición de los ascensores, en los años treinta, se

³ Sánchez Albornoz, Julio: "Evolución urbana de la Europa Moderna"

comienzan a separar los pabellones por niveles, haciéndoles así más accesibles y comunicados, adoptándose partidos verticales. Se incorporan las técnicas de ventilación y de aire acondicionado.



Hospital de la Quinta Avenida, Nueva York 1920

Su planteamiento giraba en torno a una X. Era un edificio de diez pisos, donde en el núcleo se encontraban la circulación vertical y las dependencias de apoyo, mientras que en las alas se encontraban las unidades de hospitalización.

La gran demanda de los servicios de salud es originada por el crecimiento desmedido de las áreas urbanas, lo que demanda diseños arquitectónicos adecuados.

El hospital se ha convertido en todo un complejo establecimiento cuya función primordial es la de ofrecer un servicio médico de calidad en una atmósfera no familiar para el paciente. En cuanto al diseño arquitectónico, se pone mucho énfasis en el tránsito interior, es decir en las rutas de circulación y de emergencia y en el tema de la asepsia.

1.3 Una Nueva Arquitectura Hospitalaria

El Contexto de los Cambios

Es clara la forma en que se manifiesta el incremento de la automedicación y el autocuidado, y son cada vez más importantes las prácticas de la medicina alternativa, con la aparición de nuevos **actores-proveedores** no médicos.

Por ello se deberán imaginar nuevas organizaciones, con una gran capacidad de reacción y mayor velocidad, que permitan asumir los cambios que se avizoran en los nuevos escenarios de los Servicios de Salud. Dentro de éstos se pueden marcar los más significativos:⁴

- **Innovaciones de la medicina de imagen:** provocará modificaciones en los hospitales y la atención primaria.
- **Aportes de la telemedicina:** permitirá efectuar más cosas en el ámbito de la atención primaria o con más amplitud en lo extrahospitalario, como derivación de la portabilidad y la miniaturización de todo el equipamiento, y el avance masivo de las redes de comunicación y la informática.
- **Disminución de internaciones:** que permitirá una mayor optimización de los hospitales.
- **Cambios en la operatividad de las especialidades médicas:** los profesionales trasladarán sus actividades fuera del ámbito hospitalario.

⁴ Monografía: “Una aproximación a los hospitales del futuro y las nuevas infraestructuras de salud”- Roberto Ernesto Roses, Bueno Aires-Argentina, 1999.

- **Los cambios demográficos serán provocadores de nuevos perfiles epidemiológicos.**
- **Modificación en el perfil de exigencias de los usuarios:** otro tipo de trato en los sectores público y privado, inclinándose hacia una concepción pública de la atención de la salud. Nueva organización de la gestión de los servicios de salud donde el cliente deberá ser oído y escuchado. Nueva relación médico-paciente, transformándose en médico-usuario.
- **Aparición de otras prioridades estratégicas:** Mayor humanización de los establecimientos hospitalarios; profundización de los estudios de percepción de los usuarios; mayor participación de la familia en los temas de la salud como consecuencia de una más asidua intervención del padre en la atención prenatal y del parto, y de la pareja en la planificación familiar; frecuente asistencia de la familia al familiar hospitalizado.

Los Hospitales

Dentro de esos entornos predictivos, se podría afirmar que los hospitales en los últimos años han cambiado mucho menos que la sociedad y los ciudadanos. Por eso es que resulta claro hoy visualizar las quejas de la relación médico-paciente existente y como consecuencia la relación hospital-comunidad también manifiesta su componente de discordia, y ello es porque se han perdido muchas de las relaciones históricas que había entre ellos.

Para una nueva y futura arquitectura hospitalaria, se podría considerar lo siguientes:⁵

- **Serán menos:** Si el tema se plantea en términos sistémicos, globales y marcando consecuencias positivas que clarifique la necesidad de producir la redistribución de fondos hacia otros espacios públicos legítimos, la comprensión del hecho y su aceptación social deberá ser diferente.
- **Serán más pequeños:** Con hospitales más pequeños, la reducción de los espacios pasará por las especialidades y los sectores de atención a la mente. Los establecimientos son hoy más indeterminados y flexibles. Estarán más cerca de la gente ya que la accesibilidad será un factor preponderante a ser solucionada por las organizaciones responsables.
- **Serán abiertos:** Deberán estar abiertos a la comunidad, a la ciudad, al conjunto de la sociedad. Deberán parecerse cada vez mas a cualquier otro espacio común, similares a donde las personas desarrollan sus actividades cotidianas, se podrá concurrir a cualquier hora del día y la nueva relación médico-usuario será cada vez más amigable. El paradigma podrá ser entonces "romper las paredes del hospital".
- **Integrados horizontal y verticalmente:** La integración horizontal se podría afirmar que es de sencilla visualización e identificación, fácilmente accesible desde lo físico, con recorridos y circulaciones claras, amenas y comprensibles.

En cuanto a lo de vertical, el concepto está referido a que pertenecerá a una

⁵ Monografía: "Una aproximación a los hospitales del futuro y las nuevas infraestructuras de salud"- Roberto Ernesto Roses, Bueno Aires-Argentina, 1999.

organización mucho más grande que la actual, ya que tendrá como misión pertenecer a un sistema integral de cobertura de las personas.

- **Consolidación del Hospital de Día:** Como consecuencia del cambio en la manera de atender, se puede asegurar que la mitad de los pacientes serán en hospital de día, con tratamientos intensivos de 24 a 48 hs., por la tendencia de los pacientes a no querer internarse, que se encuentra muy consolidado en las clases medias y altas.
- **Aumento en cirugía de consultorio externo y de reemplazo:** La tendencia es cada vez más evidente hacia la práctica endoscópica. En sintonía con la velocidad de la vida actual, la misma se reproduce a través de la urgencia operativa y el alta rápida a domicilio, los operatorios acortados y cada vez más suavizados.

La consecuencia será entonces un más rápido giro de camas y por ende habrá menos hospitales. El reemplazo de prácticamente todas las partes del cuerpo, demandarán en las estructuras hospitalarias ámbitos apropiados, más ajustados y mejor diseñados, una jerarquización de las superficies asignadas y una mejor área de los postoperatorios, con ambientes familiares y abiertos a los espacios circundantes, donde la posibilidad de gozar del paisaje tendrá gran influencia para la elección y utilización.

- **Influencia de la telemedicina:** la aparición y consolidación de técnicas y aplicación de conocimientos, se llevarán adelante con controles a distancia de las prácticas médicas más importantes de la cirugía, llevándose la verificación en tiempo real. Estas actuaciones inducirán a que muchos equipos quirúrgicos serán solamente de enfermeras o neurocirujanos, quienes practicarán cirugías

endoscópicas a distancia.

La incorporación de nuevas tecnologías como los identificadores personales en el cuerpo, sensores y otras cuestiones internas que permitirán y ayudarán a medir cosas que pasan dentro del organismo, crearán una nueva forma de controles y producirá entonces cambios en el peso específico de los nuevos espacios físicos a diseñar.

Los Espacios Físicos Hospitalarios

Si la función exige su propio espacio, los edificios se adaptarán mejor o peor según sea el nivel de intervención e interpretación que hagan los profesionales responsables de esos espacios físicos para acompañar el cambio.⁶

- **Relación entre hospital y territorio:** ha avanzado conceptualmente, y cambiará aún más. La ciudad que circunda al hospital será proveedora de servicios de apoyo y en consecuencia es el propio espacio físico interior el que va expulsando actividades y poniendo obsoletas a grandes superficies de los hospitales.
- **Accesibilidad:** desde el territorio, y la capacidad de las ciudades para asentar equipamientos auxiliares del hospital, pasando a constituir cuestiones urbanísticas esenciales.
- **Relación hospital, ciudad y territorio:** pasa y pasará a ser cada vez más importante y por tanto diferente, no solo por ser el edificio más complejo y costoso

⁶ Monografía: "Una aproximación a los hospitales del futuro y las nuevas infraestructuras de salud"- Roberto Ernesto Roses, Bueno Aires-Argentina, 1999.

de cualquier ciudad, sino por el incremento de la frecuencia con que los usuarios acudirán por la tendencia creciente al uso ambulatorio, el hospital de día médico y el quirúrgico. El cambio de escala, entonces, debe ser profundizado, y los nuevos hospitales o los viejos-nuevos serán diferentes, y por tanto la ciudad real que los contendrá también tenderá a ser otra.

Se pueden extraer principios generales de diseño y de otras áreas específicas del hospital, como también del conjunto de las ingenierías, y con desarrollos impensados hasta hace algunos años por la calidad, especificidad, prestación, control de consumos y energías.

- **Manejo y control inteligente:** del conjunto en tiempo real y una gran confiabilidad de usos y prestaciones.
- **Distribución de usos:** que admita una estructura funcional, que favorezca el desarrollo de actividades de pacientes internos y ambulatorios, del personal médico y de enfermería, de la administración y el de la gestión gerencial.
- **Las circulaciones interiores y exteriores:** son hoy parte y lo serán aún más los componentes de una matriz con diferentes grados de relación, con mayor o menor grado de intervención y donde su calibrado en porcentaje suele ser una clave de la funcionalidad global y de los costos tanto de ejecución como de explotación, funcionamiento y mantenimiento.
- **Nuevos estándares en los conceptos de privacidad, calidad y confort:** aparece una mayor preocupación por las visuales y el asoleamiento, sin dejar de lado los modernos conceptos sobre el control de las enfermerías y una mejor

relación con los diagnósticos y tratamientos. Por ello, las unidades de internación dejan de ser centrales para convertirse en periféricas.

- **Incorporación de áreas segregadas de servicios generales:** en los nuevos hospitales van apareciendo cada vez más fuera de la estructura hospitalaria, ya sea por su carácter independiente en la concepción de nuevos los esquemas funcionales o por la carga de riesgo que llevan implícitas, y por tanto se van abriendo hacia la ciudad y su territorio, disminuyendo en parte la compleja máquina del hospital.

Estas soluciones de diseño responden al diferente régimen contractual con que se administran y gestionan. El hospital, también deberá sufrir junto a los contenidos de la evolución médica, los avances cada vez más veloces de las comunicaciones y la informática, desarrollando a la par grandes servicios potenciales de administración y gestión.

En definitiva el requisito de flexibilidad aumentará en forma creciente en los diseños y hasta podrá convertirse en el mayor componente de incertidumbre, que solo podrá ser salvado con un mayor compromiso por la resolución de los problemas, e imponer el más simple de los principios adoptado por la arquitectura, la claridad.

2. La Arquitectura Hospitalaria en el Perú

2.1 Antecedentes Históricos y Arquitectónicos

La atención o el tratamiento de los enfermos en América pre-colombina, está vinculada con los ritos mágico-religiosos, convirtiéndose en una práctica folklórica muy desarrollada.

En algunas culturas autóctonas la cirugía alcanzó niveles de práctica que hasta el día de hoy sorprenden al mundo científico, como es el caso de la Cultura Paracas con sus ya famosas trepanaciones craneanas.

A pesar de que no hay registros de la existencia en aquella época de establecimientos de salud, todo hace pensar que debió existir algún tipo de albergue para pacientes que por su condición representaban un peligro para la población. Este tipo de construcciones, si bien no pertenecen a la categoría de hospitales, constituyen los más remotos antecedentes en América de las edificaciones con fines de salud.

En las sociedades andinas pre-hispánicas, rurales y comunales, no se tenía la idea de un hospital, pero sí se dice que los curanderos disponían en sus domicilios de espacios destinados al cuidado y vigilancia de los enfermos.⁷

La historia de los hospitales en el Perú se inicia con la consolidación de la conquista española y el asentamiento de los españoles, bajo el esfuerzo de las hermandades religiosas y el rol de la autoridad, en este caso la Corona española.

El desarrollo de estos servicios se impulsó a través de las Reales Células y Leyes de la Corona desde el inicio del Virreinato en 1542. La Recopilación de las Leyes de Indias de

⁷ Rostworovsky, María: "Historia del Tawantinsuyo"

1680 obligaba a la fundación de hospitales en todos los pueblos de indios y españoles para curar a los enfermos.

El desarrollo de los hospitales se encuentra muy ligado con la evolución de los servicios de salud de la Ciudad de Lima. Así en el año 1538, se crea el primer **Servicio o Casa Enfermería** en la Calle de la Rinconada de Santo Domingo (posteriormente se convertiría en el Hospital San Andrés), sobre dos solares asignados por el fundador don Francisco Pizarro, el cual estaba dirigida a la población de bajos recursos y enfermos sin distinción.

En años sucesivos se crean una serie de hospitales muchos de ellos dirigidos a grupos específicos, por ejemplo hospitales para varones, mujeres, sacerdotes, etc.

“.....que cuando se fundase o poblase alguna ciudad, villa o lugar se tenga en consideración la ubicación de hospitales para pobres y enfermos de enfermedades no contagiosas junto a las Iglesias y para los enfermos contagiosos hospitales ubicados en zonas elevadas donde ningún viento que pase por el hospital afecte a la población.....”

Felipe II, 1573

Tales funciones y actividades estuvieron a cargo de las órdenes religiosas que indicaban la eventual recuperación de la salud de los enfermos y decían que el hospital era un espacio físico para el ejercicio de la caridad cristiana, interesada en la salvación del alma enferma.⁸

En la Colonia, los establecimientos hospitalarios surgen debido a tres fenómenos:

- El rápido desarrollo de los espacios urbanos en la organización socio-económica y política-jurídica del territorio.

⁸ Cabieses, Fernando: “Historia de la medicina en el Perú ”

- El aumento de la concentración demográfica en nacientes ciudades.
- La aparición de perfiles epidemiológicos que mostraban características de morbi-mortalidad.

Desde el primer tercio del S. XVI, el plan de equipamiento urbano considera el espacio para los hospitales, iglesias, cabildos, audiencias, escuelas y prisiones.

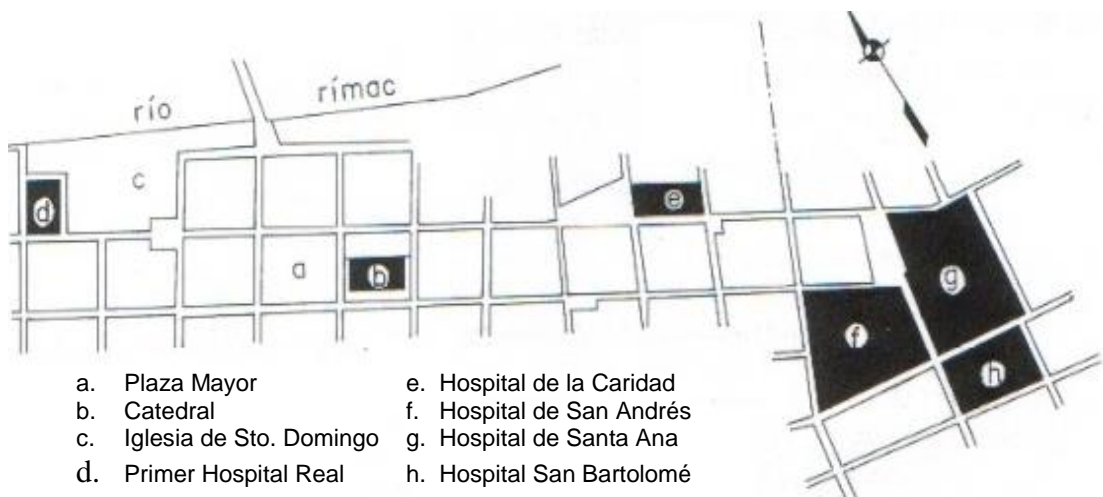
La ubicación de los hospitales debía ser en los perímetros de la ciudad para aislarlos por razones sanitarias o para proteger a la población de las enfermedades.

Se debían establecer en lugares amplios por su dimensionamiento y se requería de la necesidad de espacios para el esparcimiento de los convalecientes y para la edificación de templos, conventos y cementerios, facilitando el abastecimiento de víveres, instalar los servicios de agua, evacuación de aguas negras y la cercanía de la población a servir.

En 1594, se edifica el Hospital San Pedro para los sacerdotes menesterosos, en 1603 el Hospital de pobres.

Por otro lado hacia 1620 se disponía de 10 hospitales. En 1819 se crea la Real Junta de Beneficencia con la finalidad de establecer servicios de atención a la comunidad.

Es esta junta la que inicia la coordinación de los servicios sanitarios respetando la gestión de las Hermandades y de las instituciones religiosas.



Al concluir el Virreinato el Perú contaba con una organización y una administración hospitalaria que respondía a la necesidad de la población. En 1821 se contaba con 50 Casas de Asistencia Médica de enfermos graves.

En 1825 se crea la Nueva Junta de Beneficencia, la cual no pudo desarrollar a plenitud su cometido, la administración hospitalaria entró en un período de desorganización y es a partir de 1835 que Santa Cruz mediante decreto crea las Sociedades de Beneficencia.

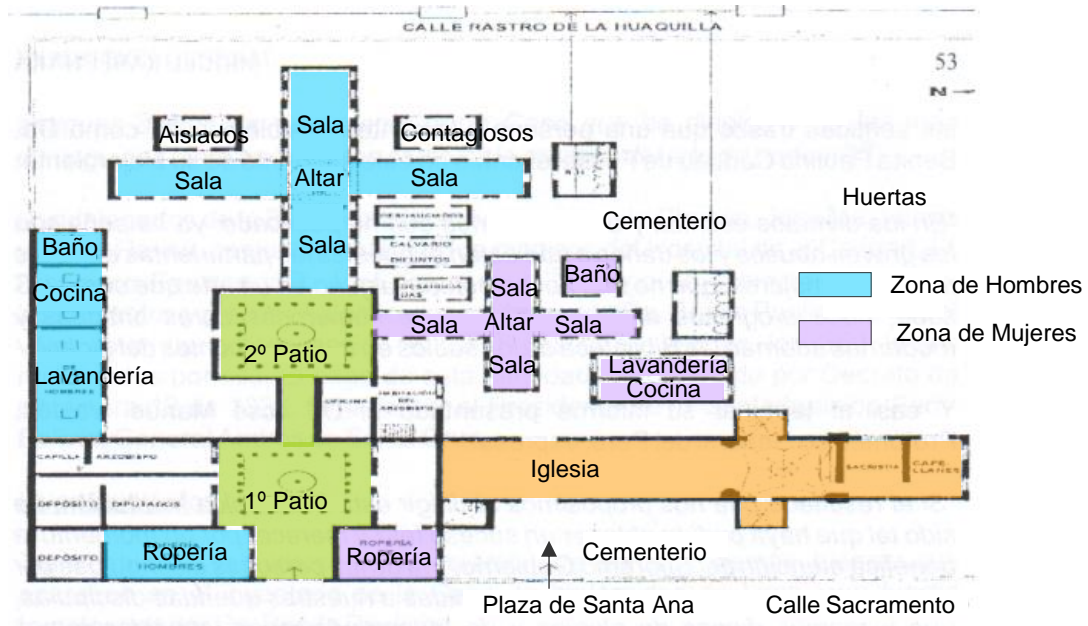
Luego en 1839 el nuevo gobierno echa bases firmes de las actuales Sociedades de Beneficencia Pública, régimen que gobernó los hospitales hasta hace pocas décadas.

En el S. XVII, Zaña, Huacho, Arequipa y Huamanga cuentan con hospitales.

Los hospitales coloniales, eran diseños asociados a los establecimientos eclesiásticos por lo que se pretendía la congregación de muchas personas en amplios espacios interiores.

Por ello, el descuido en la preocupación por la infraestructura, zonificación, aislamiento aséptico. Este apego a las Iglesias determinaba que la verdadera función hospitalaria era la de alojamiento para sobrellevar las enfermedades hasta la curación.

Su fundador fue Fray Gerónimo de Loayza, primer arzobispo de Lima, siendo Gaspar Báez quien lo diseñó. Santa Ana fue destinado a la asistencia de indios y estuvo a cargo de las Hermanas de la Misericordia y de la Caridad.



Plano del Real Hospital Santa Ana de los Naturales

El Antiguo Hospital Real San Andrés de Lima

Durante los primeros años del Virreinato peruano, la corona se preocupó por dotar a la ciudad de los Reyes de los servicios e instalaciones que debía tener la nueva capital del Virreinato Peruano. Desde sus inicios fue un hospital real, ya que se encontraba bajo el patronazgo de la corona quien apoyaba su mantenimiento con un aporte anual.

El Hospital Real de San Andrés tiene sus inicios en 1552 cuando Francisco de Molina atendía en su casa en el Callejón de Santo Domingo a enfermos que carecían de recursos.

El número de pacientes fue aumentando progresivamente y hubo que recurrir a la caridad pública y luego a la ayuda del Virrey Andrés Hurtado de Mendoza, Marqués de Cañete, quien comenzó con la construcción de las enfermerías. Agradecido Francisco de Molina, puso como nombre al naciente Hospital el nombre de su benefactor "Andrés".

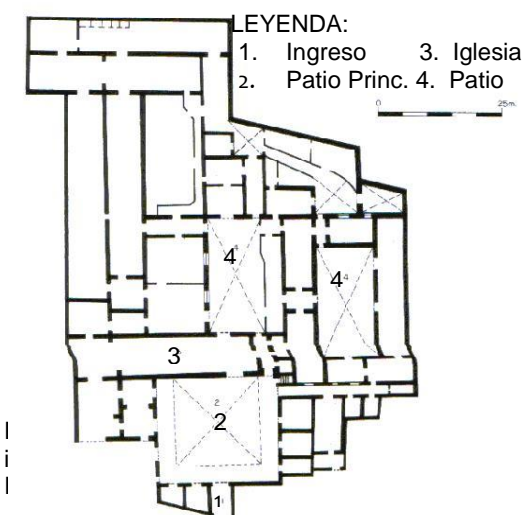
Sin embargo, fue el Virrey Francisco de Toledo quien continuó con las obras.

De los cuatro grandes salones dispuestos en cruz griega, el más corto correspondía a la capilla, en el crucero estaba ubicado el altar donde los enfermos podían presenciar la misa desde sus lechos. Esta es la razón funcional de la disposición en cruz.

El Hospital San Andrés se creó bajo la dirección de Unanue, siendo el Real Anfiteatro Anatómico inaugurado el 21 de noviembre de 1792, durante el gobierno del Virrey Gil de Taboada y Lemos.

El hecho de hallarse los centros hospitalarios juntos, llevó a Hipólito Unanue a decidir en 1811, que el Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando se levantara en las inmediaciones de dichos locales.

El colegio de San Fernando situado al costado del antiguo Hospital de San Andrés y frente a la plaza llamada entonces Santa Ana y actualmente llamada Italia o Raimondi se inauguró el 1° de octubre de 1811.



Plano del Hospital Real de San Andrés, elaborado por Harth Terré (1963) en base a los documentos históricos consultados.



Patio

En los años siguientes la situación del San Andrés pasa por momentos difíciles y cierra en 1821, año en que los enfermos pasan al Hospital de San Bartolomé.

El Hospital de San Andrés que había servido a la salud desde los primeros años de la Colonia, en la segunda mitad del siglo XIX se consideraba anticuado y según Don Javier Correa, inspector del Hospital de San Andrés, en catorce años, entre 1858 y 1871 se habían duplicado las estancias.

El 08 de marzo de 1875 fue el último día del hospital San Andrés y en realidad el primero del Hospital Dos de Mayo. Fue el día del traslado de los enfermos. Posteriormente el Hospital se convirtió en casa de clausura de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul y luego en 1929 continuó la obra de caridad y enseñanza la congregación de las hijas de María Inmaculada.

El Hospital de Santa María de la Caridad

Se fundó en 1562 para mujeres españolas y que por entonces tenía ocho salas y 149 camas. El hospital siguió funcionando, con muchas dificultades, durante la gesta emancipadora. En este hospital funcionó la Casa de la Maternidad y la Escuela de Partos bajo la dirección de la Dra. Benita Cadeau de Fessel. Actualmente, este hospital es el Congreso Nacional.

Contiguo a la casa de recogimiento de San Juan de la Penitencia, hacia el lado Sureste de la plaza, fue instalado el Hospital de San Cosme y San Damián a cargo de la hermandad de la Caridad, razón por la cual fue mas conocido con el nombre del Hospital de la Caridad o como Hospital de Santa María de la Caridad.

El hospital, la Iglesia y el Colegio de la Caridad, ocupaban desde 1559 más de la mitad de la manzana, lado derecho, situada con frente a la Plaza del Estanque o de la Universidad, calle de la Caridad (Jr. Junín) y calle Molino Quebrado o Caja del Agua (Jr. Paruro); la otra mitad de la manzana, lado izquierdo correspondía a la Universidad de San Marcos y al Colegio de San Felipe y San Marcos, desde 1576.

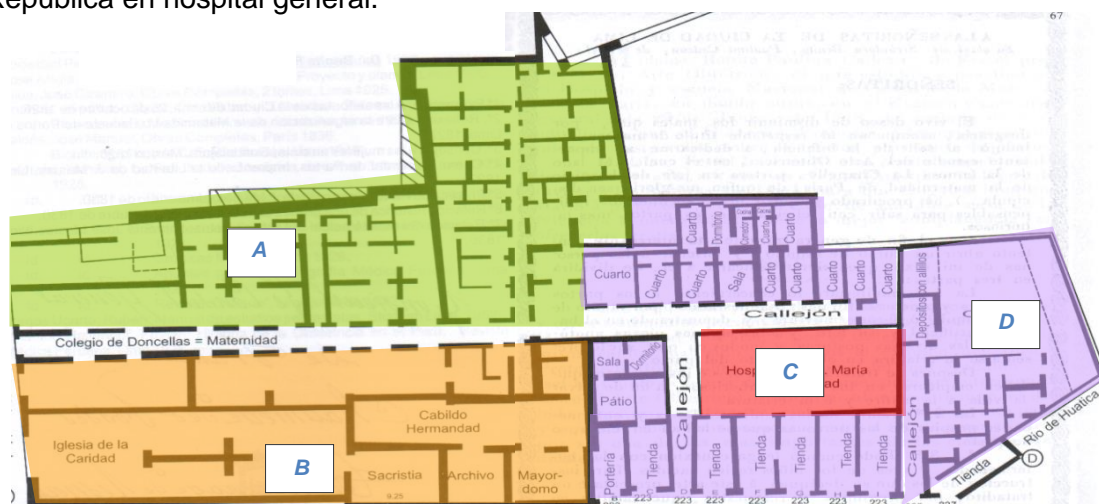
Fundaron el hospital en la plazuela de la Inquisición, no tan suntuoso ni con las divisiones y apartamientos que ahora tiene; abarcaba casi una cuadra, y desde 1610 hasta 1614 se reedificó todo como ahora está, excepto la Iglesia.

Tenía la portería cerrada, como en la de los conventos de Monjas, un buen patio cerrado de corredores, dos salas que sirvieron de enfermería con altar en el ángulo donde se juntan las dos piezas para que desde sus camas puedan oír misa los enfermos, todas las oficinas necesarias, con viviendas para el personal administrativo y de servicio y otros aposentos en donde vivieron algunas mujeres de la ciudad, que por ausencias de sus maridos y padres querían recogerse en esta casa para mayor quietud y seguridad.

Al parecer, los terrenos donde se asentó este hospital, fueron inicialmente de propiedad de Doña Ana Rodríguez de Solórzano. Don Pedro Alonzo Paredes erigió en 1559 una hermandad para asistir en sus casas a los que morían destituidos de todo auxilio, la cual se aprobó y se agregó a la hermandad de la Caridad que se había fundado en 1552.

Así permaneció hasta que doña Ana Rodríguez de Solórzano donó a dicha hermandad unas casas que poseía, en donde se estableció en 1562 el hospital con el título de Nuestra Señora de la caridad para mujeres españolas. Hacia 1839, el hospital de la Caridad, estaba reservado exclusivamente para mujeres contando con once salas y ciento noventa y seis camas.

Este antiguo establecimiento hospitalario, concluye sus actividades hacia 1840, cuando en un Decreto fechado el 14 de noviembre, se decide unirlo con el de Santa Ana, que durante la Colonia funcionó solo como hospital de indígenas, convirtiéndolo durante la República en hospital general.



Plano del Hospital de Santa María de la Caridad (1559-1840), donde funcionó la Casa de la Maternidad y la Escuela de Partos (Obstetrices) bajo la dirección de Benita Paulina Cadeau de Fessel. Actualmente es el Congreso Nacional.⁹

- | | | | |
|----------|--------------------------------------|----------|--|
| A | Colegio de Doncellas, Maternidad | C | Hospital de Sta. María de La Caridad y Hermandad |
| B | Iglesia de Santa María de La Caridad | D | Casas de rentas y tiendas |

⁹ RABÍ CHARA, Miguel. "El Hospital de Maternidad de Lima y la Escuela de Obstetrices del Perú (1826 - 1836)". Tomo V. Historia de la Medicina Peruana.

El Colegio de la Caridad

Los hermanos de la caridad recogían jóvenes mestizas, doncellas pobres españolas, por lo cual fue conveniente mantenerlas por separado en unos ambientes aparte del hospital pero contiguos con la iglesia.

Por ello se fundó el Colegio de la Caridad en el año de 1614, donde solo fueron recibidas las doncellas españolas, que incluso debían ser hijas legítimas de padres honrados y en edades entre los ocho y los doce años.

Este se fundó contiguo con en el edificio donde funcionaba la antigua casa del Hospital de la Caridad, luego se procedió a tomar posesión de la casa, ordenándola bajo la advocación de Nuestra Señora de la Asunción.

La Iglesia de Nuestra Señora de la Caridad

No se conoce la fecha exacta de la construcción de la Iglesia de la Caridad, aunque por ser esta anexa al hospital mismo, debió corresponder su edificación a la época de construcción del hospital, alrededor de 1562.

La Iglesia se ubicaba en la esquina sur del complejo de la Caridad, con su frontis en dirección de la plaza de la Inquisición.

Durante la Colonia, el desenvolvimiento de la Iglesia de Nuestra Señora de la Caridad, estuvo íntimamente ligado con el funcionamiento del Hospital de la Caridad.

EL Hospital Espíritu Santo

Fue fundado en 1573 durante el gobierno del Virrey Francisco de Toledo, entre el río y la Parroquia de San Sebastián. Este hospital estuvo destinado a la asistencia y curación de marineros, pilotos y gente vinculada a las actividades marítimas.

Ocupó el amplio solar situado en la esquina de las Calles La Manita (Av. Tacna) y Espíritu Santo (Jr. Callao) del Centro Histórico de Lima.

Fue construido en Lima por la cercanía al puerto del Callao. Tenía una capacidad para 70 enfermos y una capilla pequeña. En el presbiterio coincidían los dos extremos de dos grandes salas dispuestas en ángulo. Además tenía un patio y los corredores del claustro al que daban las oficinas y habitaciones del médico y del capellán, la botica y la huerta completaban el conjunto que a fines del siglo XVIII, 1791 – 1793, cesó en sus funciones hospitalarias y fue clausurado.

El edificio fue destinado a ser colegio, escuela militar y comisaría. Finalmente, desde 1886 fue Sede de la Escuela Nacional de Ingenieros, hoy Universidad Nacional de Ingeniería. En 1945 fue comprado por la Municipalidad de Lima y luego demolido para realizar el ensanche de la Av. Tacna; por la parte posterior colindaba con el Santuario de Santa Rosa de Lima.

El Hospital San Bartolomé

Fundado por el padre agustino Fr. Bartolomé Vadillo en el año 1646 para la asistencia de los negros esclavos, en el gobierno del Marqués de Mancera, Don Pedro de Toledo y Leyva. Se construyó hacia 1661, cerca de los hospitales ya existentes de Santa Ana y San Andrés. En 1855 fue convertido en hospital militar, quedando bajo la dependencia del Ministerio de Guerra, luego fue administrado por la Sociedad de Beneficencia Pública

de Lima y en 1961 fue convertido en Hospital Central de Salud Materno Infantil “San Bartolomé”, quedando bajo la dependencia del Ministerio de Salud.

En la actualidad funciona como Maternidad de Lima, por lo que fue habilitado con obras nuevas.

Se caracteriza por las pilastras adosadas en la fachada, y hacia Jr. Huanta se aprecia una portada semi-oculta. Se construye el Hospital San Bartolomé para los soldados y oficiales y la Casa de Maternidad, anexa al Colegio de Obstetricia, en 1859 el Hospital de Amentes.

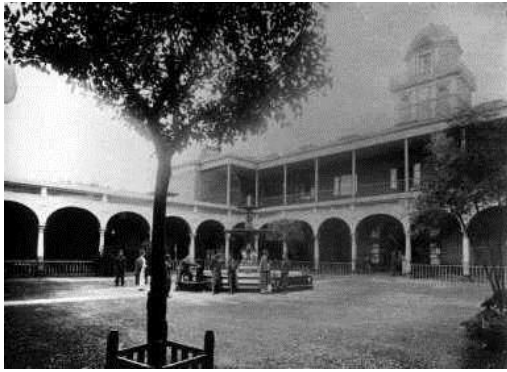


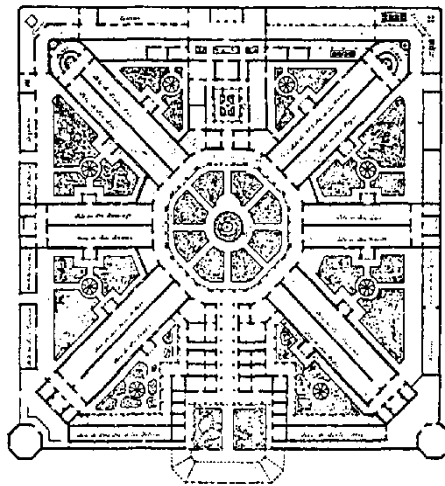
Foto antigua del interior del claustro



Foto del exterior del edificio

El Hospital Dos de Mayo

Desde 1868-1875 se llevó a cabo la construcción del Hospital 2 de Mayo de Lima, por encargo de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Estuvieron a cargo del proyecto los Arq. Miguel Trefogli y el Arq. Mateo Graziani, hasta entonces no hubo un desarrollo significativo de la arquitectura peruana.

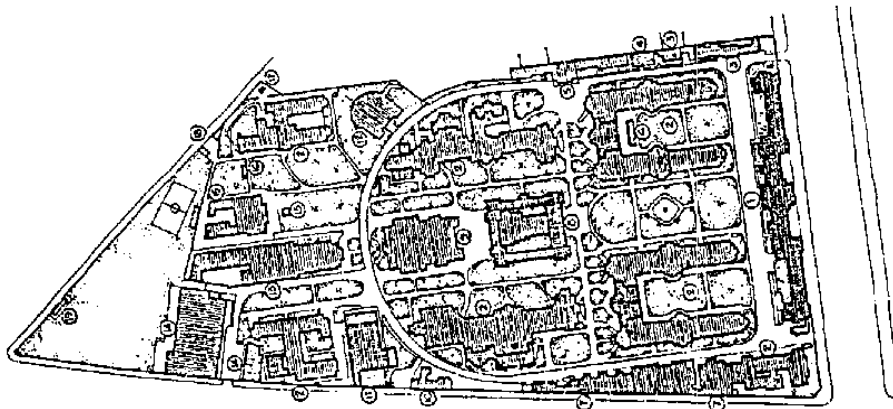


Hospital 2 de Mayo. Composición general

El partido arquitectónico consiste en un sistema de pabellones independientes, introducidos en 1756 en Inglaterra, y que permiten una buena ventilación, iluminación y aislamiento. En este hospital, el esquema central de la planta permite vincular la obra con la tradición arquitectónica del clasicismo romántico.

El Hospital Arzobispo Loayza

Durante 1917-1919, se diseñó y se elaboraron los planos del Hospital Loayza y el Larco Herrera. El Hospital Loayza, es un hospital exponente de la arquitectura academicista, influenciado por Beaux Arts y diseñado por el Arq. Óscar Marquina. Presenta un partido



Hospital Arzobispo Loayza. Composición

suelto pero axial y simétrico con pabellones aislados y circulaciones abiertas para la comunicación entre pabellones.

El Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” cuenta ya con 452 años de existencia, su gestor Fray Jerónimo de Loayza, Primer Arzobispo de Lima y Protector General de los Naturales (1498-1575).

El Hospital tiene sus antecedentes en el Real Hospital de Santa Ana de los Naturales.

A partir de 1564 el hospital queda bajo el patronazgo del Rey de España recibiendo el dinero y material necesario para continuar con su funcionamiento.

Luego de la declaración de independencia en julio de 1821, don José de San Martín ordena que su administración pase a una Junta de Notables. Cumplió la función de hospital militar durante la guerra emancipadora, el conflicto con España y la Guerra del Pacífico. Su administración queda a cargo de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima desde 1840 hasta 1974, cuando paso a depender del Estado Peruano, a través del Ministerio de Salud.

El tiempo transcurrido hizo efecto en las estructuras del Santa Ana, por lo que a inicios del siglo XX, se plantea la necesidad de construir un hospital nuevo. La nueva obra fue inaugurada el 11 de diciembre de 1924, en su actual sede, cerca de la plaza Dos de Mayo y rebautizada con el nombre de “Hospital Arzobispo Loayza” en homenaje a su gestor, acto público que encabezó el Presidente de la República don Augusto B. Leguía. La administración de este gran nosocomio estuvo a cargo de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul.

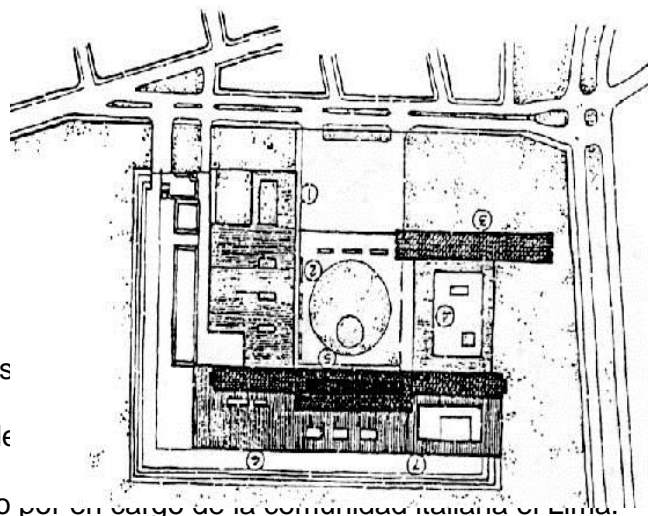
En conclusión, se puede decir que los hospitales han pasado por tres etapas. La primera comprende que el concepto se basa en pabellones aislados para lograr evitar

contaminaciones y ambientes más higiénicos. Su inconveniente fue el de la circulación al descubierto para la comunicación entre pabellones, como es el caso del hospital Arzobispo Loayza en Lima.

Los pabellones comunicados por medio de circulaciones cubiertas constituye la segunda etapa de la arquitectura. Aquí se logra unir los departamentos o pabellones diversos con galerías con techos, pero se mantiene siempre los grandes recorridos. Una primera idea de este tipo de solución se ve en el antiguo hospital Dos de Mayo.

La tercera etapa se distingue por los hospitales que constituyen una unidad clínica "monobloques". Esto llegó con las nuevas técnicas constructivas, la invención del ascensor y el desarrollo de la organización médica. La superposición de pisos significó sacrificar las dimensiones óptimas, las disposiciones internas y las condiciones de iluminaciones, ventilación y asoleamiento.

En consecuencia, el tipo de hospital jardín de pabellones aislados o unidos por medios de galerías, tan propios del siglo XIX, cambió.



En 1870, se cons

Privada Maison de

el Hospital Italiano por en cargo de la comunidad italiana en Lima.

s de lucro, la Clínica

a Francesa. En 1833

Hospital del Empleado. Composición general

En 1929, se diseña el primer hospital pediátrico de la ciudad, el Hospital del Niño “Julia Swayne de Leguía” y a finales de los años treinta el Arq. Marquina diseña el Hospital Obrero.

Durante el S. XX hubo un auge de hospitales especializados. En 1936 la expansión de la clase trabajadora, demandó el establecimiento de un sistema de seguridad social acorde con sus necesidades, además de la construcción de centros de salud, postas médicas y hospitales dependientes de la seguridad social.

A partir de 1950, una serie de clínicas e instituciones privadas se establecen tanto en Lima como en el Perú.

2.2 Estructura Hospitalaria Nacional

2.2.1 Infraestructura, Administración y Ubicación de los Hospitales en Lima Metropolitana

La mayoría de los hospitales en Lima Metropolitana se encuentran ubicados por núcleos y sectores muy cercanos entre ellos. En los distritos de Jesús María, en el mismo eje de la Av. Brasil, se concentra el Hospital del Niño, el Hospital Central de la PNP y el Hospital Militar. En el Cercado de Lima en la Av. Grau, se encuentra el Hospital de Emergencias Pediátricas, el Hospital 2 de Mayo, el Hospital Guillermo Almenara y el Hospital de Emergencias, teniendo cercanos a los Hospitales San Bartolomé, el Hospital Loayza y a la Maternidad de Lima. Esto demuestra que los conos tanto norte y sur, no tienen la suficiente infraestructura hospitalaria para toda su población.

Para la atención de la salud existen diferentes tipos de establecimientos cuya denominación y características dependen de la ubicación, servicios que presta, grado de complejidad y número de población a la que se le debe de atender principalmente.

- **Puesto Sanitario:** Establecimiento de salud cuyo ámbito es el medio rural o localidades pequeñas. A cargo del médico sanitario, cuya población es menor a los 2000 habitantes; presta servicios intra-extra-rural de protección y recuperación de la salud, tales como: atención médica elemental, primeros auxilios, inmunizaciones, saneamiento ambiental y registros de información bioestadística.
- **Centro de Salud:** es un establecimiento de salud atendido por personal médico, paramédico y administrativo, que brinda atención médica integral de mediana complejidad de preferencia ambulatoria y no diferenciada, pudiendo ofrecer camas de internamiento según las necesidades de salud, grado de complejidad y ubicación de la población a atender, la cual puede estar situada en zonas urbanas, sub-urbanas, urbano-marginales y rurales.

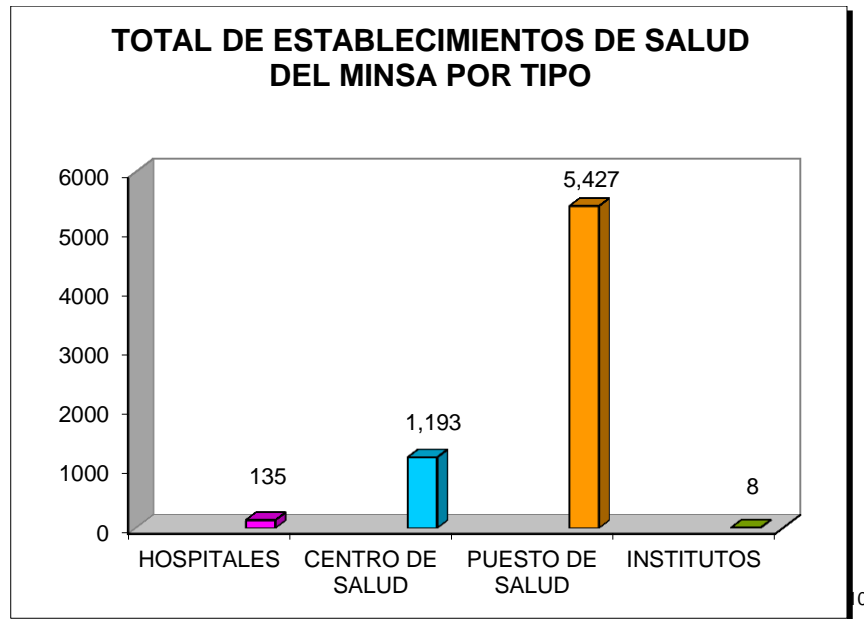
Según la complejidad y ubicación de la población se clasifican en:

-Tipo A: Ubicados en poblaciones que fluctúan entre los 2000-5000 habitantes, prestando atención médica integral no diferenciada, ambulatoria y otras actividades preventivas promocionales, como visitas domiciliarias, vacunaciones, saneamiento ambiental, asistencia alimenticia y actividades de laboratorio, promoviendo siempre la participación activa de la población.

-Tipo B: Ubicados en poblaciones que fluctúan entre los 5000-10000 habitantes, prestan atención de salud similar a las mencionadas en el Tipo A, incluyendo además la atención Odontoestomatológica y de internamiento, para lo cual cuentan con camas que fluctúan entre 6 y 20.

-Tipo C: Ubicados en zonas urbanas o semi-urbanas con una población que varía de 10000 a 20000, consideradas en cierta medida como consultorios periféricos de los hospitales. Brindan atención médica integral ambulatoria y diferenciada en las cuatro especialidades básicas, atención Odontoestomatológica, visitas domiciliarias, vacunaciones, saneamiento ambiental y actividades de laboratorio y radiología.

- **Centro Médico:** Establecimiento de salud del sector privado, que brinda atención ambulatoria a través de profesionales especializados y cuenta con servicios de diagnóstico y tratamiento.
- **Hospitales:** Establecimientos dedicados al tratamiento y asistencia de pacientes que sufren enfermedades agudas o crónicas. Los lugares destinados a la asistencia médica se diferenciarán según el tipo y alcance de dicha asistencia, por el número de instalaciones, la importancia de los departamentos especializados y aparatos de tratamiento: tratamiento curativo, preventivo, exploración y tratamiento, grado de asistencia y forma de agrupación.
- **Policlínico:** Establecimiento de Salud que brinda atención médica ambulatoria, cuenta con profesionales de diversas especialidades.
- **Clínica:** Establecimiento de salud del sector privado con camas de hospitalización dirigidas a la atención integral o Centro Especializado donde se proporciona a los pacientes atención óptima y de primer nivel acorde con el tipo de enfermedad que presenta. Estos centros cuentan con profesionales altamente calificados y con equipamiento de alta tecnología, lo cual permitirá que cumplan una función de liderazgo en la atención integral.



Sistemas Administrativos

El servicio de salud del país es un sistema combinado, compuesto por los sectores público y privado con y sin fines de lucro.

En el ámbito público, su administración se da por:

- **Ministerio de Salud:** para toda la población, con medios curativos, incluye programas de fomento, prevención y protección de la salud, de control de epidemias, endemias y programas de saneamiento básico. Los establecimientos del MINSA están constituidos por hospitales, puestos, centros de salud y UROS comunales.
- **Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas y Policiales:** prestan servicios de hospitalización y consultas al personal militar y sus familiares.
- **Instituto Peruano de Seguridad Social:** el IPSS cuenta con hospitales, policlínicos, postas y consultorios PAAD. Orientado únicamente hacia la población asegurada y a los empleados y trabajadores con relación laboral "formal". Se limita a un conjunto específico de la población, excluyendo inclusive a los familiares de los afiliados. Este servicio comprende la atención de la enfermedad, rehabilitación, y entrega de medicamentos. Prestan atención médica en servicios de consulta externa, visitas domiciliarias a personas de la tercera edad y hospitalización.

¹⁰ Fuente: Ministerio de Salud-Programa Nacional Materno Perinatal

En el ámbito privado, su administración se da por:

- **Clínicas y Consultorios Médicos Particulares:** pertenecen al sector privado con fines de lucro. El servicio más común es la consulta ambulatoria.
- **Sector Privado sin fines de lucro:** Son instituciones privadas con fines sociales que poseen clínicas, centros y postas de salud. Administrados por ONGS, como misiones, asociaciones profesionales, fundaciones que actúan en el área de salud.
- **Medicina no formal:** se ofrece en la casa del curandero, en farmacias y boticas.

3. Tipología de Hospitales

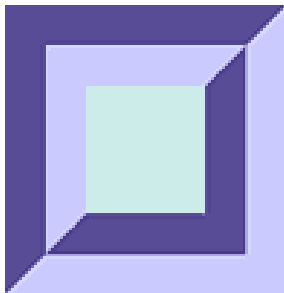
3.1 Por Formas

HOSPITALES RELIGIOSOS



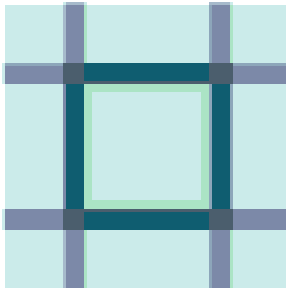
Los hospitales religiosos tienen generalmente una forma rectangular y las camas se ubicaban a lo largo de ella. Ubicados perpendicularmente con respecto a los edificios religiosos y caracterizados por una gran arquitectura. El gran hall, generalmente tenía un altar a un extremo, de manera que los Pacientes podían escuchar las ceremonias religiosas desde sus camas.

HOSPITALES RESIDENCIALES



Conocidos también como hospitales de hospitalidad. Son de tipo introvertido, teniendo una tipología muy parecida a la de la “casa patio”. Generalmente estaban ubicadas en el centro de las ciudades ocupando casi la totalidad de la manzana y estaban organizadas como viviendas urbanas alrededor de un patio.

HOSPITALES TIPO CUADRICULADO O AJEDREZ



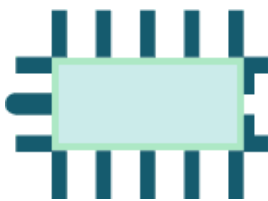
Es la yuxtaposición de espacios comunes alrededor de un gran espacio central. El hospital convencional adopta nuevas formas con las siguientes características: la presencia de un patio, edificios formando perpendiculares o cruces, simetría y formas ortogonales. La forma general de los edificios puede variar, como un simple cuadrado con un patio alargado, y más variantes.

HOSPITALES TIPO PALACIEGOS



Fueron generalmente administradas por personas adineradas y por filántropos. El hospital palaciego hace referencia al “palacio social”, puede tomar la forma de un castillo pequeño. Es un edificio alargado con bloques a especies de contrafuertes en ambos extremos. Están rodeados de jardines y de pequeñas casas donde se desarrollaban servicios o de vivienda médica. Estaban ubicados en las afueras de la ciudad.

HOSPITALES CONECTADOS



Las habitaciones comunes se encuentran unas sobre otras creando pabellones conectados entre galerías. El último generalmente rodea al patio central y es el elemento vinculator entre todos los demás pabellones. Ésta forma surge en base alas deliberaciones de higiene, el deseo de una buena ventilación y en la separación de las tipologías. El hospital es generalmente organizado simétricamente en relación al ingreso central.

EL HOSPITAL PABELLONAL



Empieza a romper con las formas tradicionales. Se debe a la separación de ambientes con el fin de evitar el contagio. La

complejidad del proyecto se describe de tipo fragmentada en donde resaltan los pabellones. La comunicación entre los pabellones se da por galerías subterráneas dotadas, a su vez, con conexiones técnicas. La composición de los jardines es tan importante como los edificios ya que contribuyen con la salud.

EL HOSPITAL DE UNA UNIDAD



El hospital se concentra en un solo edificio y está caracterizado por la superposición de pabellones y servicios.

La circulación se da mediante polos verticales. Ésta tipología favorece la circulación del personal reduciendo las distancias a ser recorridas y acentúa el asoleamiento y la circulación del aire en las habitaciones mediante la propia elevación y orientación de los edificios.

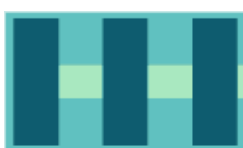
EL HOSPITAL MONOBLOCK



Basado en el modelo anterior, este tipo de hospitales crea un nuevo tipo de separación de actividades. La sección técnica del hospital (unidades quirúrgicas y de ayuda al diagnóstico y

al tratamiento) están concentrados en la base o plataforma del hospital, mientras que las otras unidades, en especial la de hospitalización se encuentra en la torre superior.

EL HOSPITAL DE UNIDADES MÚLTIPLES



Los bloques, de aquí en adelante, están constituidos por habitaciones pequeñas de 1 a 6 habitaciones. El hospital se

organiza alrededor de una calle interna central que conecta las unidades médicas. Ésta concentración horizontal crea establecimientos densos, compactos, homogéneos y abiertos a la ciudad. El hospital horizontal, corresponde al intento de “humanizar al hospital” mediante la integración con el lugar.

3.2 Por número de camas

Los hospitales se diferencian según la capacidad, pueden ser pequeños con hasta 50 camas, reducidos con hasta 150 camas, normales con 600 camas y grandes con un promedio de 1000 camas.

Según esta capacidad y posibilidades, se clasifican en:

- **Asistencia en Centros Especializados**
Cuenta con hasta 120 camas y por lo menos una especialidad.
- **Asistencia Mínima**
Con más de 120 camas y dos ramas: Medicina Interna y Cirugía.
- **Asistencia Básica**
Hospitales medios con más de 200 camas. Dos ramas principales: Medicina Interna, Cirugía y ramas auxiliares: ginecología, oftalmología, etc.
- **Asistencia Normal**
Con más de 400 camas, con las ramas principales de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y partos, Pediatría, Radiología y las ramas auxiliares: anestesia y medicinas.
- **Asistencia Central**
Hospitales con más de 650 camas, con las mismas ramas principales del anterior y además, urología, neurología, y las mismas ramas auxiliares del anterior además de medicina de laboratorio y patología.
- **Asistencia Máxima**
Son los centros de Investigación y de enseñanza, con más de 1000 camas.
Con las mismas ramas principales del anterior además de psiquiatría, ortopedia, cirugía de la boca y dermatología.

4. Conclusiones

En una primera parte de este capítulo, se analizan los diferentes cambios que los edificios hospitalarios han sufrido, desde su denominación como “hospitales” hasta las nuevas formas constructivas. Estos cambios se debieron en muchos casos por diferentes realidades sociales, geográficas, religiosas y finalmente por los avances tecnológicos y de la medicina.

En una segunda parte se puede concluir que:

- Para diseñar un hospital, la pregunta básica es quién será el usuario.
- A su vez se establecen tres zonas fundamentales: la de internación, la de consultas externas y la de diagnóstico y tratamiento. Respecto de las habitaciones, enclavadas en el área de internación, hubo una evolución notable en los últimos tiempos.
- Ya quedaron en el olvido las denominadas "salas cuadras" de principios de siglo donde en un mismo salón cohabitaban 30 pacientes. Las décadas marcaron una reducción significativa de metros cuadrados hasta que en la actualidad, la medicina, que creció de la mano del deterioro de la cobertura pública, comenzó a demandar habitaciones individuales.
- El paciente quiere recibir a las visitas como si estuviera en su casa y además los profesionales aseguran que una adecuada ambientación predispone a quienes están internados a una rápida rehabilitación. Con esto, se da por tierra con el modelo de hospital diseñado para el médico y comienza a hacerse foco en un diseño pensado en el cliente-usuario.
- La flexibilidad arquitectónica es otro punto de gran importancia. "Un edificio flexible es aquel que permite reubicar áreas así como subdividir ambientes".
- Los hospitales se concebían con una doble circulación: la técnica y la pública. El objetivo era evitar la contaminación y propiciar un tránsito limpio. Esto trae una gran desventaja que es la gran cantidad de metros cuadrados de costos que deben incluirse en los proyectos. Por ello es importante evaluar cuáles son las áreas que obligatoriamente necesitaban tener doble circulación.
- Los materiales que se eligen para construir o decorar una institución de salud no pueden ser elegidos por azar. "Una superficie lisa es mucho más fácil de limpiar que una rugosa, al igual que una superficie no permeable, se contamina con mucha menos facilidad". Ese es uno de los motivos por los cuales se dejaron de lado las mesadas de mármol y se introdujo el acero inoxidable y el granito. Es que la filtración de gérmenes y bacterias por el uso de revestimientos inadecuados es un tema frecuente.

En definitiva, las nuevas situaciones producirán transformaciones de gran envergadura y de manera rápida, por lo cual la propuesta sería proyectarnos hacia delante para imaginarnos los escenarios del mañana, y poder entonces en ese entorno imaginarnos también los hospitales y las infraestructuras del mañana.

CAPÍTULO 3

LA MEDICINA

1. Evolución de la Medicina

1.1 La Medicina en el Oriente

1.1.1 Medicina en la Edad Antigua

El concepto de enfermedad es mágico y misterioso, es difícil separarlo de las creencias espirituales y de la conformación del mundo, de acuerdo a las concepciones y creencias de la época. La infracción de un tabú, un hechizo dañino, la influencia de algún espíritu maligno, la intrusión mágica de algún cuerpo extraño y la pérdida del alma, son consideradas las principales causas de las enfermedades.

El poder curativo consistía en liberar la fuerza psíquica del individuo enfermo, activando con sus ritos y su influencia mágica los recursos curativos del subconsciente colectivo.

Los medicamentos no se emplean por su naturaleza sino porque ayudan al “gran mago”.

Los ritos de purificación son muy practicados, como el caso del ayuno, las dietas, las purgas, ya que simbolizan la limpieza profunda del alma que evita la enfermedad.

Los incas tenían cada año un día de purificación en los ríos, mientras que los hindúes practicaban la purificación en el río Ganges, sin dejar de mencionar a los indios pre-colombinos quienes realizaban baños de vapor.

“.....El fármaco no obra por su “qué”, “su naturaleza” o “su composición esencial”, sino por su “quién”, “cómo” y “dónde”, se administrará el poder curativo de aquel mago de las fuerzas ocultas.....”

EN LA ANTIGUA INDIA

Los desequilibrios entre la relación del individuo con el medio, es decir con la alimentación, la intemperie climática, las estaciones, los géneros de vida, son las causas de enfermedad más importantes. La enfermedad se entiende como el desequilibrio ético y moral, como una actuación incorrecta en la conducta, como un “pecado”, que puede ser corregido por medio de rituales y la búsqueda del equilibrio.

El tratamiento médico tenía un sentido de ser, era una ayuda a los seres humanos al restablecimiento del orden del cosmos, del equilibrio vital, un orden religioso, moral y físico que la enfermedad había alterado. Se concebía al mundo físico y psíquico como una “unidad”, y como una constitución de las cinco fuerzas de la naturaleza: el éter o vacío, el viento, el fuego, el agua y la tierra.

El viento, fuego y agua son los tres elementos esenciales para la vida del hombre.

...“La salud es el orden, aquel equilibrio dinámico de estas fuerzas,la enfermedad es el desorden, el desequilibrio de las mismas....”

EN EL ANTIGUO EGIPTO

La tradición egipcia relacionó las crecidas del río Nilo con la salud y la enfermedad. El hombre egipcio pensaba que las subidas del nivel de las aguas significaban abundantes cosechas y salud, mientras que los bajos niveles traían hambre y epidemias.

La alimentación del hombre egipcio consistía en legumbres, huevos, frutas, pescado, poca carne y excluían el cerdo y las bebidas alcohólicas.

Una mala alimentación era origen de una enfermedad. Sin embargo, tampoco empleaban la dieta como parte de la terapia.

Harían uso frecuente de baños y abluciones, eran cuidadosos con la higiene personal, el de la casa, la limpieza de sus ropas y tenían mucho cuidado en la preparación de los alimentos.

Para los egipcios, la enfermedad podía dividirse en dos grupos: aquellos cuyos síntomas eran evidentes como los traumatismos, heridas, fracturas o quemaduras, que no se apelaban a explicaciones mágicas, y aquellas cuyas



causas eran desconocidas e invisibles, dándose razonamientos mágicos y metafísicos.

“.....La salud era el estado natural del ser humano.....”

LA TRADICIÓN MÉDICA ANTIGUA EN MESOPOTAMIA

La concepción de la enfermedad era estrictamente religiosa. Para diagnosticar se recurría a un interrogatorio ritual del paciente, con el fin de averiguar el fallo moral que había causado la dolencia. La astrología, la quiromancia y la lectura de las líneas de las manos eran técnicas que se utilizaban como parte de este diagnóstico y pronóstico.

“..... hasta llegar al punto en que la misma palabra significaba pecado, la ira de los dioses, el castigo y la enfermedad.....”

LA TRADICIÓN MÉDICA ANTIGUA EN ISRAEL

La medicina israelita se caracterizó por los preceptos higiénicos que introdujeron como parte de la Ley de Moisés, el consumo de animales desangrados, la prevención de enfermedades contagiosas mediante el aislamiento de los enfermos.

La enfermedad se observó como el castigo de Yahvé a un pecador.

“.....El único médico, el único sanador, es Dios.....”

LA TRADICIÓN MÉDICA ANTIGUA EN ASIRIA-BABILONIA

La enfermedad no es algo natural, es el producto de una trasgresión a la vez física y moral. El diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento estaban a cargo de la clase sacerdotal. Había que buscar el origen del mal, para lo cual el sacerdote sometía al enfermo a un interrogatorio. La terapéutica asirio-babilónica está fundamentada en la oración, los sacrificios y la magia. Las oraciones y sacrificios iban encaminadas a contentar a los dioses para lograr su vuelta al cuerpo abandonado.

“.....La enfermedad es producto del pecado de la que el enfermo puede ser o no consciente.....”

1.1.2 Medicina Hebreo-Judía

La medicina Judía está escrita tanto en la Biblia, Antiguo Testamento, como en el Talmuth, en el que las referencias médicas son abundantes y precisas tanto en medicina como en cirugía. Los Hebreos crearon la profilaxis. Tanto en la Biblia como en el Talmuth se hace referencia a la Circuncisión, que era obligatoria para todos los niños.

En la Biblia, se reseñan los severos mandatos de higiene y limpieza, los sacerdotes médicos se ocupan de hacer cumplir los códigos sanitarios de higiene ritual.

Hay también, descripciones de heridas y su tratamiento, aplicación de aceites, vinos, suturas internas, tratamiento del ano imperforado y el uso y aplicación del Samme de Shinta para producir sueño y calmar el dolor.



La medicina judía está impregnada de la idea de que la enfermedad es un castigo divino por los pecados. La cirugía judía también progresó debido a la influencia de las culturas vecinas, principalmente de Alejandría, donde aprendieron anatomía, fisiología. Las enfermedades "impuras" contagiosas, la lepra exigían el aislamiento y la desinfección, y deben de confesarse al sacerdote- médico, la peste era designio de Dios.

".....Si obedeces la palabra de Yahvé no te impondré enfermedades como se las he impuesto a los egipcios, soy el Señor tu médico....."

Ex. 15-26.

1.1.3 La Medicina en el Extremo Oriente

Mientras que los occidentales somos analíticos, los orientales son sintéticos. En Occidente, la filosofía difiere de la ciencia mientras que en Extremo Oriente, la filosofía y ciencia son una misma cosa. La naturaleza íntima del universo se manifestaba gracias a las actividades positivas del Yang y negativas del Yin, ningún fenómeno era totalmente Yin o Yang, sino que todos los fenómenos eran manifestaciones muy variadas de combinaciones de estas dos actividades fundamentales y universales.

De la actividad del Yin, se desprenden el frío, la fuerza ascendente, la fuerza centrífuga, mientras del Yang se desprenden el calor, la pesadez, la fuerza centrípeta.

La medicina está constituida por dos etapas:

1. LA MEDICINA PREVENTIVA

Mediante la cual se impide la aparición de la enfermedad. Esta medicina está basada en una rigurosa higiene de vida, en lo que se refiere a la alimentación. El médico cobraba sus honorarios por mantener sana a la población.

2. LA MEDICINA CURATIVA

¹¹ “El Nacimiento de Jacob”, a la izquierda, Isaac y su mujer Rebeca, embarazada; a la derecha Rebeca da a luz en cuclillas. Esaú, su primogénito, yace en el suelo mientras la comadrona ayuda a Rebeca a traer al mundo a Jacob.

Fue la menos apreciada por los chinos en la antigüedad. Si el médico permitía que se apareciese la enfermedad, éste debía remediarlo dejando de cobrar sus honorarios e incluso corriendo con los gastos de la curación, utilizando medicamentos, la acupuntura y las moxas como métodos terapéuticos.

Existe una clara diferencia entre el concepto tradicional de la Medicina China y la Medicina Occidental, ya que mientras en el primer caso, el médico debe evitar la enfermedad, en el segundo el médico se limita a curarla. Los primeros viven gracias a una población sana, mientras que los segundos se benefician de una población enferma.

En Oriente, se considera que lo importante no es la invasión, sino la debilidad que llama a la invasión, mientras que Occidente se esfuerza por localizar el agente causante de la enfermedad.

1.1.4 La Medicina China

Los orígenes de la medicina oriental, se remontan a los albores de la humanidad y derivan de su instinto de preservación.

Probablemente, uno de los primeros impulsos del ser humano al sentir dolor o malestar en alguna zona del cuerpo, fue colocar sus manos sobre la zona afectada para sentir alivio. Esto dio lugar a las primeras técnicas de masaje, a partir de las cuales se descubrieron muchos puntos vitales de curación.

En Oriente, se han probado todo tipo de medicamentos a base de plantas, minerales e incluso animales, al igual que todo tipo de dietas, con fines terapéuticos. Los médicos chinos, le dieron gran importancia a los fenómenos meteorológicos y cósmicos.

Los antiguos maestros crearon y practicaron una serie de movimientos que, combinados con la respiración y concentración adecuadas que permiten incrementar y dirigir el flujo energético del cuerpo.

En cuanto a la Acupuntura, se han hallado restos de agujas de piedra, empleadas en la Edad de Piedra, para ser luego fabricadas con bambú y metal, hasta las más actuales hechas de acero inoxidable. Los jesuitas franceses enviados a China, por Luis XIV, introdujeron la acupuntura. Es una medicina energética, global, equilibrada y dinámica, que ha sido la primera en afirmar que "el enfermo es el causante de su enfermedad".

Desde finales del S XVIII y hasta comienzos del S XX, la medicina oriental se enfrenta con la llegada de la ciencia occidental. Aceptada por las clases altas, se comienza a exigir la titulación como médico de occidente para poder curar. La medicina tradicional llegó incluso a prohibirse, quedando relegada al pueblo, donde siempre sobrevivió.

Actualmente, el uso e investigación cada vez mayor de las llamadas “medicinas alternativas”, ha motivado la expansión de la medicina tradicional oriental por el mundo.

“.....La Medicina Tradicional China, estudia al hombre globalmente, como un sistema abierto en equilibrio dinámico con el medio que lo rodea y del cual depende.....”

Como causas externas a la enfermedad se mencionan al viento, el calor, el frío húmedo, alteraciones en la dieta, excesos sexuales, emociones violentas y traumatismos. Ciertas enfermedades eran causadas por espíritus malignos. Los chinos consideran a la tierra, aire, agua, madera y metal como los cinco elementos básicos.

En la prevención y tratamiento de las dolencias se conceden un papel decisivo a la alimentación y a la afinidad de los cinco sabores de los alimentos con las cinco vísceras.

La medicina china se caracteriza por el uso de la acupuntura y la meticulosidad en la práctica de los masajes.

“.....El desequilibrio del Ying y el Yang, lleva al desorden de los cinco elementos y a la enfermedad.....”

1.1.5 La Medicina Árabe

La Medicina Árabe estuvo unida a la religión, a los usos, costumbres de la sociedad y la cultura. En su primera etapa (siglos VIII y IX d.C), incorporó el saber médico de origen griego combinándolo con algunos elementos de la medicina clásica de la India. Volvió a integrarse la salud espiritual con la corporal. En el Islam, surgió el “hakim”¹².

¹² Hakim: vocablo árabe que significa médico filósofo que en el camino de la medicina busca la sabiduría, guiado por normas éticas.

La patología estuvo basada en la doctrina humoral y explica la enfermedad como un desequilibrio en la armonía natural de los hombres. Se utilizan algunas formas de terapia como los baños, los masajes, la música y la ocupación. Se tiene en cuenta una decoración llena de sensualidad. Entre los árabes, la organización de los servicios sanitarios creció rápidamente.

Existieron cerca de 34 hospitales en el territorio dominado por el Islam. No eran únicamente centros asistenciales sino también de enseñanza de la medicina.

Estos hospitales contaban con salas para heridos, pacientes febriles, y otras instalaciones como cocinas y bodegas. En la enfermedad mental, se llevan a cabo terapias con música, danza, teatro, baños y trabajo.

El médico árabe supo dar valor a la psicoterapia, además de tener un profundo sentido de compasión fraternal por el enfermo. La curación es para él sinónimo de vuelta a un equilibrio anterior perturbado. Para conseguirlo conviene utilizar las capacidades del cuerpo y las facultades del espíritu, tratando el dolor corporal al mismo tiempo que el sufrimiento espiritual. La práctica de la medicina estaba regulada por la "hisba"¹³.

".....Las emociones del alma afectan al cuerpo y producen grandes y significantes cambios en el estado de salud....."

La terapéutica, consta de tres ramas tradicionales:

1. La dietética, dirigida a evitar la enfermedad mediante reglas sencillas que consistían en regular las seis cosas no naturales del galenismo: aire y ambiente, comida y bebida, sueño y vigilia, trabajo y descanso, ingesta y excreta y movimientos del ánimo. También la luz, el aire, el agua, la situación geográfica y las condiciones climáticas, así como mantener el ritmo del trabajo y el descanso, del sueño y la vigilia, la higiene, y los "afectos del alma".
2. La Farmacología.
3. La Cirugía poco desarrollada.

La cirugía se consideraba como una actividad indigna de los médicos y sólo lo practicaban los miembros de una clase inferior, la disección anatómica estaba absolutamente prohibida por el Islam, por lo que la anatomía debía aprenderse en los libros. Mientras que en los países cristianos la enseñanza de la medicina se limitaba a la Iglesia, en España, Egipto y

¹³ Hisba: vocablo árabe que significa oficina religiosa supervisora de las profesiones y de las costumbres, que también se encargaba de vigilar a los cirujanos, boticarios y vendedores de perfumes.

Siria, la instrucción tanto teórica como práctica estaba cargo de médicos seculares y se impartía a judíos, árabes, persas y otros seguidores del Islam.

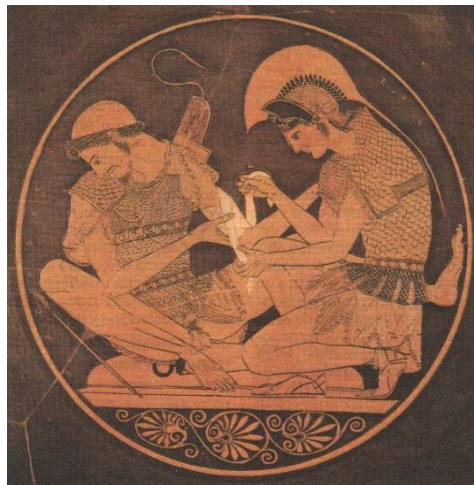
“.....La contribución principal de los árabes a la medicina, fue la preservación de las antiguas tradiciones y de los textos griegos, además mantuvieron el ejercicio de la medicina separado de la religión.....”

1.2 La Medicina en Occidente

1.2.1 La Medicina en la Antigua Grecia (Siglos IX a I a.C)

La medicina griega recoge los conocimientos y las experiencias de los dos grandes bloques culturales de aquel entonces: “el Egipto” y el “Sumerio-Mesopotámico”.

Para los griegos antiguos, la enfermedad es el desequilibrio, la desviación de la norma y la cura pasa por un retorno a la naturaleza.



“AQUILES VENDA A PATROCLO”

Cerámica

El ser humano no es un animal enfermo sino naturalmente sano. El concepto de enfermedad no puede ser entendida en “soledad” sino en sociedad con la naturaleza.

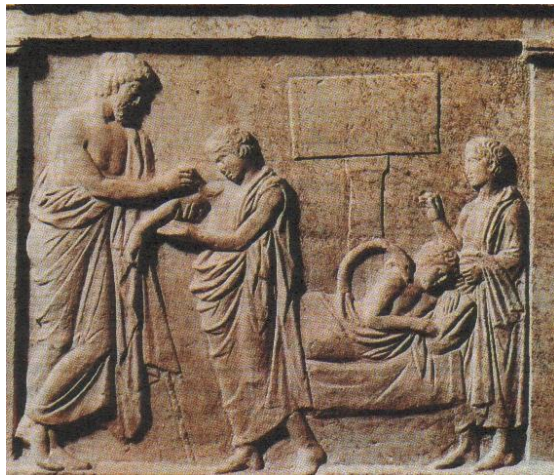
Existían varias divinidades sanadoras, la principal de ellas es Apolo, considerado el dios de las plagas y de la enfermedad, el que aparta y desvía el mal y que domina también la profecía y el oráculo. Su hermana Artemisa era la “protectora de los partos y del crecimiento de los niños”.

El principal dios curador fue Esculapio, quien en la actualidad es simbolizado en la medicina con un bastón con una serpiente enrollada. La serpiente ha sido por siglos un ente lleno de misterio y magia. Su caminar hipnotiza, su ataque aterra y su veneno mata. Es temida y adorada en los mitos de numerosos pueblos por su veneno, aunque también se la considera símbolo de la vida ya que todos los años muda de piel.

El centro de la medicina espiritual estuvo constituido por los templos, los cuales estaban edificadas en lugares sanos, de belleza natural, con abundante agua y en ocasiones con fuentes minerales.

Alrededor de ellos existían locales para la residencia de los enfermos, baños y lugares para la práctica de ejercicios gimnásticos.

Los sacerdotes recibían a los enfermos con relatos de curaciones conseguidas en los templos.



“EL DIOS ANFIARAO CURA LA ESPALDA DE
ARQUINO”

Relieve Votivo

El enfermo participaba en las ceremonias de culto, pasaba por un ritual de abstinencia o dieta, baños, masajes y unciones que lo preparaba para el descanso de una o dos noche en el interior del templo, en donde pasaba por el “incubatio”, sueño en el cual se aparecía el dios sanador Asclepio quien le recomendaba el remedio para el mal o le daba consejos o recibía la curación por parte de la deidad.

También existía el culto a Dionisio, que consistía sobretodo en orgías rituales, en las cuales los fieles llegaban a un estado transitorio de trance o de delirio mediante la embriaguez alcohólica y la danza a un ritmo frenético. En dicho estado se alcanzaba un éxtasis que se interpretaba como unión con el dios, que sanaba las enfermedades. Hubo un conocimiento empírico del uso de remedios vegetales bastante amplio. Existían además, numerosas alusiones a las aguas minerales y termales, a los baños y masajes.

También existió en Grecia una medicina astral, nutrida en una larga tradición persa y egipcia de observaciones astronómicas. Estuvo basada en el concepto de la simpatía universal y la correlación del macro-cosmos del universo con el micro-cosmos del hombre.

“.....Con la cultura griega se produjo el inicio de una visión racionalista y naturalista del cosmos y del hombre, alejada de la magia y las supersticiones mítico-religiosas. La salud era el bien máspreciado de la sociedad. Sin salud no podía haber belleza.....”

1.2.2 La Medicina en Roma (Siglos III a.C a VI d.C)

Los primeros romanos que se dedicaron al cuidado de la salud daban principal importancia a la dieta, una vida moderada y al ejercicio físico, aunque se supone que su conocimiento viene de la Medicina Griega.

La Medicina en Roma también tuvo un desarrollo religioso. En los altos del Quirinal, había un templo a Dea Salus, la deidad que reinaba sobre todas las otras relacionadas con la enfermedad, entre las que estaba Uterina, que cuidaba de la ginecología, Lucina encargada de los partos, entre muchas más.

Aprendieron de los etruscos los rudimentos de la higiene pública, la irrigación de los campos y la desecación de pantanos y cloacas para evitar el paludismo, mediante la construcción de canales, acueductos, letrinas públicas y alcantarillas.

En los primeros tiempos, los romanos tomaban baños fríos en el Tíber, en donde tenían grandes piscinas públicas. Cuando las costumbres griegas y orientales entraron en Roma, se construyeron, al principio, baños privados y luego baños públicos.

Hubieron importantes fuentes salúferas y edificios termales, utilizados en hidroterapia y en balneoterapia, que posteriormente los romanos convirtieron en sus lujosas termas, templos y piscinas, en donde se tomaban baños fríos, de agua caliente y vapor. En áreas aparte, se podían recibir masajes con aceites perfumados, y en otros se podían realizar ejercicios gimnásticos. Los romanos hicieron tres contribuciones fundamentales:

1. **Los hospitales militares o valetudinaria**, se desarrollaron como respuesta a una necesidad impuesta por el crecimiento progresivo de la República y del Imperio. Cuando las batallas se libraban en las cercanías de Roma, los enfermos y heridos se transportaban a la ciudad para ser atendidos en las casas de los patricios, cuando las reacciones comenzaron a ocurrir más lejos, el problema de atención se resolvió creando un espacio dedicado a ellos dentro del campamento militar.

La arquitectura hospitalaria, consistía en un corredor central e hileras a ambos lados de pequeñas salas, cada una con capacidad para 4 o 5 personas. Estos hospitales fueron las primeras instituciones diseñadas para atender heridos y enfermos. Los hospitales civiles se desarrollaron hasta el siglo IV d.C y fueron producto de la propiedad cristiana.
2. **El Saneamiento Ambiental**, se desarrolló muy temprano en Roma, mediante las obras de la cloaca máxima, un sistema de drenaje que se vaciaba en el río Tiber y que data del siglo VI a.C. El aporte de agua se hacía por medio de grandes acueductos y la distribución a fuentes, cisternas y a casas era excelente. El agua se usaba para consumo y para los baños. El agua de las lluvias era usada para la preparación de medicinas.
3. **Médicos esclavos o griegos**, en la República estaban sujetos en una posición subordinada, pero en el Imperio Julio César concedió la ciudadanía a todos los que ejercieran la medicina en Roma.

1.2.3 En la Edad Media (Siglos IV a XV)

LA MEDICINA RELIGIOSA CRISTIANA

El derrumbe de la cultura romana, los sufrimientos constantes y el miedo a la muerte causada por las epidemias, contra las cuales no habían tratamiento efectivo, produjeron una desmoralización generalizada. Por tal motivo, creció la desconfianza en los médicos y la población se volcó con devoción a los ritos mágicos y creencias sobrenaturales.

Frente a la miseria y a las catástrofes, la religión cristiana se presentaba como una gran oportunidad de salvación para los humildes y los más desamparados, ya que Cristo aparecía como médico de cuerpos y almas.

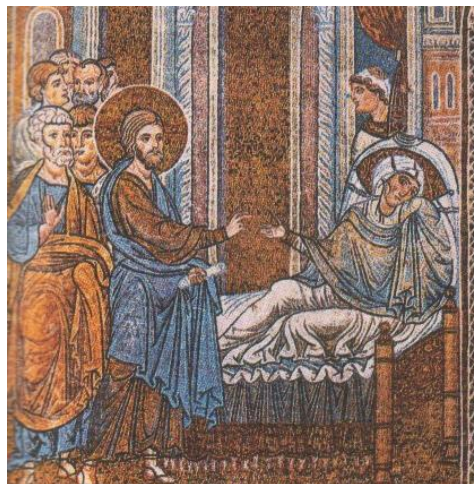
Además, la religión cristiana combatía las otras formas de medicina que se ejercían en base a prácticas paganas. De esta manera, surgió la medicina religiosa cristiana, en la que el rezo, la unción con aceite sagrado y la curación por el toque de la mano de un santo eran los principales recursos terapéuticos, por lo que el culto a los santos fue parte importante para esta medicina.

“.....La práctica de esta medicina se consideraba como un deber de caridad, no incluía la preocupación por los problemas médicos o la investigación de las causas de las enfermedades, porque se aceptaba que eran la voluntad de Dios.....”

LA MEDICINA EN EL IMPERIO BIZANTINO

La Medicina en el Imperio Bizantino se desarrolló bajo la autoridad de la Iglesia Católica, que sostuvo el principio de la autoridad suprema de las Sagradas Escrituras, no sólo en asuntos de fe sino también en la ciencia.

Su práctica se basaba en las enseñanzas de Jesús, para quien auxiliar a un enfermo era un deber cristiano. Este tipo de actos, alcanzó gran importancia tanto para el individuo como para la comunidad, al grado que los obispos eran los responsables del cuidado de los pacientes.



“CRISTO CURA A LA SUEGRA DE PEDRO”

Mosaico

Surgen los hospitales públicos, siendo el primero lo fundó San Basilio en el 370 d.C.

Así, la medicina, tras haber sido primero mágica, después religiosa y al mismo tiempo empírica, de haberse transformado en una práctica racional durante la época más brillante de la Grecia clásica, de hacerse objetiva y experimental y de haber

regulado la higiene ambiental en Roma, volvió a hacerse religiosa en la decadencia del Imperio Romano y a quedar dominada por la Iglesia Católica en el Imperio Bizantino.

“.....En esta forma de medicina dogmática la fe domina todo, incluyendo a la razón y a la realidad; su objetivo esencial es la ayuda al enfermo, acto considerado de caridad cristiana.....”

LA MEDICINA MONÁSTICA

Junto con la filosofía, la medicina se refugió en monasterios y conventos, dentro de los cuales se encontraban los escasos hospitales que existían en Occidente.

La medicina monástica, tuvo el mérito de reunir los documentos clásicos y de preservar las tradiciones antiguas, sin embargo, declinó hasta casi extinguirse durante el siglo X. Las causas de su ocaso fueron varias, pero una de ellas fue su éxito, ya que los monjes se alejaban cada vez más de sus monasterios para atender la creciente demanda médica, la cual interfería con sus deberes religiosos.

El tratamiento se reducía a cuatro medidas generales:

1. SANGRÍA

Consiste en la eliminación del humor excesivo responsable del desequilibrio o bien para derivarlo de un órgano a otro. Las indicaciones eran complicadas, incluían no solo el sitio y la técnica sino también condiciones astrológicas favorables, número de sangrados y cantidad de sangre obtenida en cada operación, que a su vez dependían del temperamento y la edad del paciente, la estación del año, la ubicación geográfica.

2. DIETA

Es uno de los medios terapéuticos basado en dos principios: uno, la restricción alimenticia y dos, direcciones precisas y voluminosas para la preparación de los alimentos y bebidas permitidos.

3. PURGA

Facilita la eliminación del exceso del humor causante de la enfermedad. Era herencia de una idea egipcia muy antigua, un principio patológico que se generaría en el intestino y de ahí pasaría al resto del organismo produciendo malestar y padecimiento.

4. DROGAS

De distintos tipos y obtenidas de diversas plantas, a las que se les atribuían distintas propiedades como digestivas, laxantes, diuréticas, analgésicas.

Los exorcismos eran importantes en el manejo de los trastornos mentales, epilepsia o impotencia. En estos casos el sacerdote sustituía al médico. La creencia en los poderes curativos de las reliquias era generalizada y entonces como ahora se rezaba a santos especiales para el alivio de padecimientos específicos.

Los médicos no practicaban la cirugía, que estaba en mano de los cirujanos y de los barberos. Los cirujanos no asistían a las universidades, no hablaban latín y eran considerados gente poco educada y de clase inferior. Muchos eran itinerantes, iban de una ciudad a otra operando. Sus principales competidores eran los barberos, quienes además de cortar el cabello vendían ungüentos, sacaban dientes, aplicaban ventosas.

Desde 1349, existen estatutos que se aplican por igual a médicos, cirujanos y barberos, todos ellos debían registrarse y pasar exámenes.

El concepto de "epidemia" significaba que la atmósfera del lugar podía cargarse de un humor mórbido por el cual las enfermedades llegaban al hombre sano, mientras que el "contagio" se refería a una enfermedad que podía ser transmitida de una persona enferma a una persona sana por el roce o el contacto entre ellas.

LA MEDICINA EN EL RENACIMIENTO (Siglos XV-XVIII)

El Renacimiento se caracterizó por dos tipos generales de actividades: una, las humanistas o imitativas, cuyo interés era la preocupación de los clásicos griegos y latinos, tanto en la literatura como en el arte y dos, las científicas o no imitativas cuya mirada estaba dirigida no al pasado sino al futuro.

Los humanistas eran un grupo de hombres muy bien educados, nobles y aristocráticos, los jueces de la cultura y del buen gusto de su tiempo, que perfeccionaban sus conocimientos de griego, latín y de arte. Sus trabajos recuperaron a la cultura griega para todos los tiempos.



Los científicos conocían poco de griego y latín, eran iconoclastas y rebeldes, algunos rudos y antisociales, al grado que sus enemigos los llamaban bárbaros y analfabetos.

“LA VIRGEN CON EL NIÑO”

Fouquet

LA REVOLUCIÓN QUIRÚRGICA

El impulso que recibió el estudio de la anatomía desarrolló otras ramas de la medicina, como la cirugía, la fisiología y la medicina interna. La cirugía se desarrolló a pesar de que los cirujanos no poseían los conocimientos ni medios adecuados para controlar el dolor y la hemorragia, ni para combatir la infección.

Por ello, los instrumentos con que contaban los cirujanos para trabajar entre los siglos XII y XV eran muy semejantes a los que habían usado los médicos hipocráticos del siglo V a.C. Al terminar la Edad Media, los enfermos tenían tres fuentes posibles de ayuda para el diagnóstico y el tratamiento de sus males:

1. **El médico educado en una universidad**, que se limitaba a hacer diagnósticos y pronósticos, recetar pócimas y menjunjes y que no ejercía la cirugía porque para ingresar a la universidad había tenido que jurar que no lo haría.
2. **El cirujano-barbero**, quien no había asistido a una universidad sino que se había educado como aprendiz de otro cirujano-barbero más experimentado.
3. **El curandero, charlatán o mago**, un embaucador itinerante que viajaba de pueblo en pueblo vendiendo sus ungüentos y sus talismanes, sacando dientes, cirugías menores, casi siempre con resultados desastrosos.

LA REVOLUCIÓN CLÍNICA

Hasta entonces, lo común era una visita en la que el doctor escuchaba las quejas del enfermo, sentía su pulso, examinaba su orina y se enfrascaba en una compleja disertación según la escuela a la que pertenecía, esencialmente teórica y que al final terminaba con una de las tres indicaciones terapéuticas de los tiempos de Hipócrates: la dieta, sangrías y purgantes. Con esta revolución, los médicos empezaron a desechar los pensamientos medievales y las teorías renacentistas buscando en la actitud hipocrática clásica una salida a sus inquietudes.

1.2.4 En la Edad Moderna (Siglos XIX a XX)

“.....La Medicina Moderna dispone de maravillosos antibióticos, pero carece de métodos para aumentar la resistencia de los individuos y evitar el uso de los mismos.....”

Es a partir de la segunda mitad del siglo XIX en que la medicina científica se establece en forma definitiva como la corriente principal del conocimiento y la práctica médica.

Algunos de los más importantes descubrimientos:

LA ANESTESIA

Desde sus orígenes, la cirugía estuvo limitada en su desarrollo por tres grandes obstáculos: la hemorragia, la infección y el dolor. La búsqueda de métodos para disminuir el dolor en las operaciones quirúrgicas es muy antigua: los médicos árabes usaban opio y hiosciamina, y la mandrágora es todavía más antigua, junto con el alcohol, pero ninguno de estos agentes impedía el dolor en ciertas operaciones, como las amputaciones. Nuevas técnicas se desarrollaron para administrar mezclas de los gases anestésicos con aire y para controlar con precisión sus concentraciones relativas.

LOS RAYOS X Y LA ENDOSCOPIA

El descubrimiento de los rayos X en 1895 por Wilhelm Conrad Röntgen, fue el primero de una serie de avances en un campo de la biotecnología médica que hoy se conoce

como exploración no invasora y que caracteriza mejor que muchos otros a la medicina de fines del siglo XX. La imagenología, ha ocupado el lugar de la antigua radiología en virtud de que incluye procedimientos que no solo utilizan a los rayos X sino también otras fuentes de energía, como la ecosonografía (el sonido), la resonancia magnética nuclear y la tomografía.

Otro gran adelanto en las técnicas de exploración no invasora ha ocurrido en la endoscopia. Desde tiempo inmemorial los médicos han tratado de asomarse al interior del cuerpo humano a través de sus distintos orificios, y han diseñado diversos instrumentos para hacerlo con mayor eficiencia.

LAS VITAMINAS

La existencia de enfermedades debidas a la falta de ciertos elementos en la dieta se demostró desde 1793. En la actualidad se conocen 14 vitaminas, todas descritas, aisladas, purificadas y sintetizadas en la primera mitad del siglo XX, que desde luego no son los únicos nutrientes esenciales.

LA EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología es la rama de la medicina que estudia las epidemias, pero en este siglo se ha transformado en mucho más que eso. Con toda la importancia que tiene conocer la historia de las epidemias, su estudio tiene otros objetivos adicionales, como establecer correlaciones entre la presencia y el desarrollo de la enfermedad y algunos factores que pudieran ser causales.

EL LABORATORIO CLÍNICO

Una de las características sobresalientes de la medicina moderna es el uso del laboratorio en el estudio de los enfermos del siglo XIX en donde empezó a introducirse una serie de técnicas para ampliar la variedad, la capacidad analítica y la resolución de los distintos datos que el médico obtiene por medio de la exploración física.

Con el uso del estetoscopio, del termómetro, el microscopio y de otros instrumentos como el baumanómetro, y el oftalmoscopio el examen clínico del paciente se enriqueció en forma considerable. Pero al mismo tiempo se desarrolló otra dimensión en el estudio del enfermo, que fue el uso de toda esa nueva “biotecnología”.

LA GENÉTICA Y LA BIOLOGÍA MOLECULAR

Quizá uno de los avances que mejor caracterizan a la medicina es el que ocurrió en la genética y en la biología. La genética inició su desarrollo actual a mediados del siglo XIX, donde se propone que las características del individuo se deben a pares de elementos o genes presentes en el material genético. La biología molecular permite hoy la identificación, el aislamiento y la clonación de genes específicos y en muchos casos su transferencia y expresión en bacterias.

En la actualidad se efectúa un programa internacional de investigación cuya meta es conocer la totalidad de la estructura primaria del ácido desoxirribonucleico (ADN) humano, lo que seguramente proporcionará información muy útil para la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de muchas enfermedades.

1.2.5 La Medicina Contemporánea (Siglo XXI)

La medicina actual para llegar a lo que es hoy, tuvo que superar varias etapas, fue formando pieza a pieza los cimientos sólidos de la medicina científica. Así, el curandero arcaico dio paso respectivamente a la medicina primitiva, medieval, renacentista, del barroco, de la ilustración, la contemporánea, la atómica para ingresar a la cibernética y con miras a la aerocósmica.

En los siglos XX y XXI, está caracterizada por grandes progresos de la ciencia médica desde los tiempos de Hipócrates, tratando de llegar a los orígenes de la vida misma, investigando los misterios de las enfermedades funcionales y corporales, los mecanismos metabólicos, escrutando las cavidades más íntimas del organismo. Para llegar a este objetivo tuvo que asociarse con otras ciencias como la física que le ofrece sus equipos electrónicos, la bioquímica para los métodos de diagnóstico, la sociología y la antropología para el estudio de las enfermedades del hombre en su medio o hábitat.

CIENCIAS NATURALES

El hombre pisa por primera vez el suelo selenita y con ello nace la medicina aerocósmica o espacial. En su afán de desentrañar la estructura íntima de la célula, químicos y biofísicos descubrieron los genes, lograron sintetizar una molécula orgánica, aislaron y rehicieron un virus. Investigaciones atómicas del virus y la bacteria se hicieron gracias al microscopio electrónico. Se sintetizaron muchas sustancias orgánicas como el colesterol, la insulina, la testosterona, la estrona, la morfina, la vitamina "A".

TEORÍA DE LAS ENFERMEDADES

La teoría del stress del Dr. Hans Selye trata de explicar las reacciones que experimenta el organismo frente a una agresión, denominando a esto "síndrome general de adaptación" que comprende tres etapas: reacción de alarma, fase de resistencia y estado de agotamiento. El trabajo del médico deja de ser individual para pasar al trabajo en equipo, que demanda mayor y continuo esfuerzo para mantener o superar los conocimientos frente a la dialéctica del devenir científico. No se concreta al diagnóstico y tratamiento, sino que debe prevenir las enfermedades y rehabilitar al paciente.

LOS CIRUJANOS

Para los operadores del siglo pasado su fama estaba dada por la rapidez con que realizaban las operaciones y la cantidad de operaciones practicadas. El cirujano del siglo presente se caracteriza por la calidad de sus intervenciones quirúrgicas, con índices mínimos de morbilidad, con bases sólidas del concepto de la asepsia y la antisepsia, el uso de los antibióticos y las mejoradas técnicas y medicamentos anestésicos. Desde el año 1986 se viene practicando lo más novedoso de la cirugía del presente siglo: la videocirugía, gracias a la tecnología digital computarizada, que permitió la cirugía de mínima invasión con una permanencia breve en el hospital y pronto retorno del paciente a su hogar y fuente de trabajo.

LA ASEPSIA

Procedimiento a partir del cual el paciente es alejado de los gérmenes. Su concepción nació con la práctica, establecida por el microbiólogo francés Louis Pasteur, de esterilizar los instrumentos quirúrgicos a través de su ebullición. El austriaco Philipp Semmelweis, mediante el sencillo procedimiento de "obligar a los médicos a lavarse las manos", consiguió disminuir la mortalidad tras y durante los partos de forma dramática.

La antisepsia tiene origen en 1865, cuando el cirujano británico Lister roció un quirófano con ácido carbónico para matar sus gérmenes. El siglo XX dio a luz a un enorme número de avances por lo que se refiere a medicamentos, instrumental, métodos de diagnóstico, y nuevos tratamientos.

ENFERMEDADES SOCIALES

La gran explosión demográfica fue controlada en alguna medida con el uso de los anticonceptivos tanto los dispositivos intrauterinos como las famosas píldoras anticonceptivas, planteándose para los gobiernos un problema de importancia como es el control de la natalidad. El alcoholismo y el tabaquismo, la desnutrición, al igual que el SIDA son enfermedades sociales con elevados índices de morbilidad.

En las postrimerías del presente siglo las enfermedades infecciosas y parasitarias son la primera causa de muerte en el mundo, la segunda causa los constituyen las enfermedades cardiovasculares, la tercera es por el cáncer y la cuarta es por causas externas es decir por accidentes.

SALUD PÚBLICA

Los cambios en el medio ambiente, la contaminación del aire, el agua con desperdicios industriales, las radiaciones, la quema de los bosques, atomizadores que afectan la capa de ozono y gases en la atmósfera que producen el "efecto invernadero" han obligado a las autoridades de la salud y a los gobiernos a desplegar medidas preventivas a objeto de sanear el planeta, dando campo al nacimiento y la acción la medicina ecológica o eco-medicina. Una característica importante de la medicina contemporánea es su alta

tecnología: las hábiles manos del hombre fueron sustituidas por sofisticados equipos que la "electrónica" puso a su disposición. Por otro lado, se debe destacar la "humanización" médica que pone ante todo, el respeto a la vida: el médico frente al paciente tiene una visión más amplia que implica no solamente la preocupación sagrada de curar, sino también la de rehabilitar.

VISIÓN DEL FUTURO

Con el avance de la ingeniería genética, en el futuro muchas enfermedades de la actualidad ya no requerirán tratamientos costosos o intervenciones quirúrgicas, serán evitados los defectos hereditarios a nivel de los genes.

La búsqueda permanente de nuevos remedios contra los males va poniendo a disposición del médico drogas sintéticas que si bien en la actualidad tienen un efecto deseado, a la larga pueden tener manifestaciones atentatorias a la salud.

El rápido avance de la tecnología al servicio de la medicina se está constituyendo en una amenaza para la ética médica (bioética). Por ejemplo, la fertilización asistida, el nacimiento de los niños con el sexo al deseo de los padres, la maternidad encargada, la amenaza de la clonación en humanos, la comercialización de los gametos en el afán de tener hijos bellos e inteligentes, son atisbos de alta tecnología en los albores de un nuevo siglo cuyo alcance final es inimaginable; secundariamente pelagra en sí la misma humanidad.

La cirugía robótica y la tele-cirugía ya están dando sus primeros pasos. En cierta medida, el brazo del cirujano está siendo reemplazado por la máquina computarizada (robot), concentrándose el cirujano humano en la programación y manejo digitalizado de las computadoras.

1.2 La Medicina en las Américas

1.3.1 En América Precolombina

Los incas empleaban los números para sus tratamientos. Los aztecas creían que la enfermedad era causada por los dioses o por hechiceros enemigos. Sus horóscopos regían el destino, la profesión, la enfermedad, la salud y la duración de la vida.

Los mayas utilizaban la confesión expiatoria de los pecados del enfermo. Diagnosticaban empleando el horóscopo y tenían en cuenta la influencia de los astros en los diversos órganos del cuerpo. En la curación, además de los medicamentos, utilizaban las terapias de higiene y purificaciones rituales, se hacía sudar al enfermo y se le aplicaban masajes.

“.....Los incas y los mayas veían la enfermedad como una trasgresión ética-moral o espiritual.....”

1.3.2 Los Incas

Los incas creían que la mayoría de las enfermedades eran enviadas por los dioses como castigo por sus pecados. Las prácticas médicas eran unas de las tareas que

correspondían a los sacerdotes. Sus tratamientos incluían prácticas mágicas, oraciones, ayuno, sacrificios y medicamentos.

Los remedios se preparaban generalmente con plantas. No conocían las propiedades químicas de los elementos que utilizaban; cuando un medicamento curaba pensaban que tenía propiedades mágicas. Los antiguos pueblos de la región andina eran excelentes cirujanos, realizaban trepanaciones craneanas. Las lesiones en la cabeza eran muy comunes en un pueblo guerrero que peleaba con garrotes y hondas. Para disminuir el dolor, los médicos daban a sus pacientes chicha o coca antes de operarlos.

En la civilización Inca, las enfermedades sólo se generaban por actos de brujería, como el envenenamiento, motivados por rivalidades locales o conflictos interfamiliares, o por transgresiones que molestaban a los sobrenaturales. Las enfermedades causadas por los humanos creaban discordia entre los individuos y/o familias y eran curables gracias a la habilidad de otros curanderos. Pero a las enfermedades causadas por la voluntad de las divinidades se las consideraba difíciles de curar y molestaban la paz social.

Creían que todas las desgracias tenían un origen sobrenatural. Las dolencias enviadas por las divinidades se manifestaban después de haber transgredido ciertas reglas de buena conducta, por ejemplo el incesto, el crimen, el robo, y la inobservancia ritual, no producidas por la revancha de los dioses, pero por castigo.

El curandero tenía que discernir la calidad del enfermo. Si la disfunción la causaba una enfermedad cuyo diagnóstico la atribuía a un designio sobrenatural, el curandero no

podía hacer nada porque era imposible vencer a los dioses. Pero sobre los males hechos por la venganza humana, el enfermo había perdido o había salido de su cuerpo su fuerza vital que da movimiento y potencia a las cosas.

En cada ayllu había por lo menos un hampicamayoc (curandero/médico) que conocía las manipulaciones mágicas, las yerbas, animales y minerales medicinales para las distintas enfermedades que también sabían diagnosticar. Su ciencia se basaba en su propia experiencia y práctica, adquiridas y transmitidas de padres a hijos siglo tras siglo.

No hay que confundir a los hampicamayocs con los chamanes encargados de provocar cosas malas. Había chamanes especializados en hacer daño a otra persona a petición de clientes interesados. Usaban muñecos que representaran a la víctima, y para contraer la brujería había amuletos que protegían sus poseedores.

Los curanderos utilizaban yerbas frescas y secas, animales vivos y disecados, minerales, oraciones misteriosas, canciones, música y danza. El olvido de cualquiera de esas cosas hacía ineficaz el tratamiento curativo.

Algunas enfermedades las trataban con danzas rituales y ceremoniales ejecutadas ante sus ídolos durante las fiestas que les dedicaban. En las danzas participaban todos. La gente bailaba horas y horas en busca de salud.

1.4 La Medicina Natural

1.4.1 Un Poco de Historia

No se trata de algún conjuro, brujería o del uso de las fuerzas ocultas. La medicina natural ha estado presente desde épocas ancestrales, como una solución para la cura de nuestros males. Dentro de las llamadas civilizaciones avanzadas, la cultura egipcia dio muestras de un profundo conocimiento médico y a través del **papiro de Ebers**,¹⁴ demostraron las virtudes de plantas medicinales que contribuirían a la salud humana.

Quienes se dedicaban al arte de curar era la casta sacerdotal perteneciente a los Brahmanes, ya que dentro de su filosofía "...quienes tenían las facultades de reparar los problemas del espíritu, también podían reparar los trastornos del cuerpo...".

En Grecia **Hipócrates**, "Padre de la Medicina", marcó las directrices del uso correcto de las plantas medicinales. Promovió el ayuno, la hidroterapia y el valor de una alimentación sana para tratar enfermedades. Es aquí donde nace su famoso dicho "**Que tu alimento sea tu medicina**".

En la Edad Media, el naturismo sufrió un proceso de estancamiento debido a la Santa Inquisición que en su famosa "caza de brujas" mandó quemar en la hoguera a cientos de hombres y mujeres que realizaban "conjuros con los poderes demoníacos" durante sus actos terapéuticos. El arte de curar se limitó a los monasterios y se conservó gracias al trabajo de monjes y sacerdotes que tradujeron del griego y del latín las obras.

¹⁴ Primer documento médico de la antigüedad descubierto en 1872

TEORÍA SOBRE SU ORIGEN BÍBLICO

Muchos especialistas opinan que esta práctica tiene sus principios en la creación, pues "Dios implantó ese sistema natural para alimentarse".

Los seguidores de esta teoría fundamentan sus creencias especialmente en el libro del Génesis ya que dicen: "Dios dotó a la naturaleza de poder conservador y curativo. El sol, las plantas, el agua, el aire, la tierra, están revestidos de poder para curar los males". Otro de los ejemplos que usan es el de "Cuando Jesús estuvo en la tierra le puso barro en los ojos a un ciego para que pudiera ver y cuando formó al hombre lo hizo de barro".

HISTORIA EN CENTRO AMÉRICA

Además de sus múltiples estudios astronómicos y matemáticos, los Mayas prestaron especial cuidado a sus investigaciones sobre las diversas formas de curar enfermedades haciendo uso de los medios disponibles dentro de la naturaleza.

Observaron en su ambiente que si un animal comía una planta y no moría era señal de que ésta era buena. También muchos murieron por haber comido plantas venenosas como algunos hongos. Poco a poco se fueron perfeccionando hasta que lograron hacer su propia clasificación de acuerdo al valor de cada planta.

En la época clásica, ya habían profesionales muy preparados, quienes desarrollaron un conocimiento más profundo y una adaptación al medio de forma superior al resto. Esto motivó la aparición de los primeros curanderos y Médicos Sacerdotes, quienes no solo tenían a su cargo el manejo de los problemas de salud de sus comunidades, sino que podían pronosticar cuáles eran las mejores épocas para el cultivo de sus semillas y las de

recolección. Gozaban de gran respeto ya que procuraban sanar no sólo físicamente, sino también ayudar a conseguir la paz espiritual.

Los Mayas ya usaban muchas técnicas similares a las de nuestros tiempo: "Aprovechaban los rayos y el calor del sol para que los enfermos recuperaran su energía". También le atribuyeron a esta terapia bondades para fortalecer los huesos y elevar el ánimo.

El trabajo del parto era encomendado a mujeres muy respetadas dentro de la comunidad. Su patrona era la Luna a quien los Quichés conocían como la diosa IXCHEL. Cuando la luna tenía cambios, pronosticaban cambios también en las mujeres embarazadas. Después de que nacía el bebé lo limpiaban y luego de cortar el ombligo, lo enterraban bajo el suelo pues decían que la tierra les había dado un nuevo hijo.

Durante la época de la conquista, todos los libros de medicina fueron quemados porque los españoles decían que se trataba de brujería y esto limita los datos exactos. Fue una época de oscurantismo para la práctica de la medicina natural ya que se prohibió en todas sus expresiones.

Los conquistadores buscaron a sus propios boticarios pero intoxicaron a muchos de los nativos con sus técnicas. Este tema llamó la atención a Fray Francisco Ximenes, quien se dedicó a estudiar la medicina natural y a escribir una farmacopeia de las plantas. En sus investigaciones encontró que los indígenas tenían las plantas bien clasificadas aunque no se conservaban escritos. También los franciscanos empezaron a crear laboratorios de investigación.

A pesar de los problemas que afrontaron, los indígenas no perdieron su tradición y se fue transmitiendo de generación en generación.

1.4.2 En la Actualidad

El 80 % de la población mundial depende de las plantas medicinales para la atención básica de su salud. La amplia brecha entre las naciones industrializadas y los países del Tercer Mundo, ha dado como resultado que gran parte de la población no puedan tener acceso a la medicina convencional o a la industria química.

Los precios de los medicamentos "de marca" y el costo de los servicios de especialistas, han hecho que hombres y mujeres; niños y niñas, recurran diariamente a las bondades de la naturaleza para poder sobrevivir o mermar su dolor.

Por esta razón la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** a mediados de los '80, promovió la aceptación y puesta en práctica de las llamadas Medicinas Alternativas, brindando especial interés a la investigación y uso de las plantas medicinales.

Hoy en día se han creado métodos modernos de extracción, análisis y tratamiento de las sustancias que se obtienen de dichas plantas. Esto sumado a la investigación científica moderna, ha permitido recomendar estas terapias naturales a la población, con un mayor margen de seguridad.

La OMS ha definido el uso de las plantas en terapéutica como FITOMEDICINA o FITOTERAPIA. En estos laboratorios ha sido común el trabajo conjunto de biólogos, botánicos, farmaceutas y de curanderos que aún existen en la comunidades.

Entre las terapias más conocidas se encuentran la Acupuntura, la Aromaterapia, Cromoterapia, Dietas, Fitoterapia, Hidroterapia, Masajes, Musicoterapia, Reflexiología y masajes.

1.5 La medicina Peruana

La mayor parte del conocimiento científico que conocemos del periodo precolombino, la conquista y de los primeros años de la colonia, es el que aparece en los huacos retratos de la cultura Moche, donde se hacen representaciones de las enfermedades más comunes de la época y el que fue escrito en las publicaciones de cronistas, sacerdotes, funcionarios, naturalistas, médicos, geógrafos, ingenieros, militares y universitarios.

La ciencia colonial que practicaron mejoró la salud pública, se elaboraron los primeros mapas, manteniendo el orden social existente y teniendo un gran impacto en la imaginación europea y local. La importancia minera del Perú para el Imperio Español, explica la temprana instalación de burocracias civiles y religiosas, la fundación de la Universidad de San Marcos (1551) y la organización de un tribunal médico llamado Protomedicato.

Hasta 1669, la astrología aún dirigía la medicina peruana. Para entonces existían varios hospitales en Lima y en provincias, dirigidos por religiosos, atendiendo a un grupo étnico,

una profesión o un género y con bajos sueldos para los cirujanos y los médicos. Uno de los más notables en Lima fue el Hospital de Santa Ana dedicado a los indios y fundado por Fray Jerónimo de Loayza. Entonces muchos españoles consideraban que no era necesario entrenar a más médicos debido a las excelentes hierbas medicinales nativas.

El "descubrimiento" del poder curativo de "la quina", o "cascarilla", una sustancia que proviene de la corteza de los árboles Nor-Andinos, es el caso más espectacular de cómo el saber indio quedó incorporado a la terapéutica europea, en ese entonces inclinada hacia las sangrías y las purgas. El efecto de la quina contra las "fiebres intermitentes", o "malaria", fue conocido por los curanderos indígenas.

Desde mediados del siglo XVIII, se hizo más evidente en el Perú la influencia del movimiento cultural europeo de la Ilustración. Esta influencia prueba que no siempre España tuvo una influencia científica retrógrada sobre sus colonias americanas.

Las monarquías y naturalistas europeos organizaron muchas expediciones científicas al Perú, que alentaron a la organización de la "Sociedad Académica de Amantes del País", que entre 1791 y 1795 publicó "El Mercurio Peruano". Si bien no estaba íntegramente dedicada a las ciencias, los artículos científicos eran un cuarto del total.

Unanue, fue conocido como el organizador de un Anfiteatro de Anatomía en Lima, el que abrió sus puertas en 1792 para brindar una instrucción práctica y teórica en cirugía y Medicina. Este Anfiteatro fue la base del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando que acabó con la tradicional división entre estas dos disciplinas. La nueva Escuela de medicina fue parte de los esfuerzos modernizadores del Virrey Fernando de Abascal que promovió varias reformas sanitarias urbanas como la provisión de agua potable, la

limpieza de las calles y los cementerios contruidos fuera de los muros de las ciudades que reemplazaron a los entierros en las iglesias.

En parte gracias a los beneficios de la explotación del guano y la estabilidad política de los gobiernos de mediados del siglo XIX, la situación universitaria mejoró y las actividades científicas gozaron de mayor continuidad.

Años después surgieron nuevos hospitales como el Dos de Mayo y los médicos dejaron un poco de ser practicantes itinerantes que trabajaban visitando a sus pacientes. Cayetano Heredia envió a los mejores estudiantes a especializarse en el centro mundial de medicina de la época: París. Entre ellos estaba José Casimiro Ulloa quien a su retorno a Lima fue promotor de la "Sociedad Médica de Lima", organizada en 1854 y de "La Gaceta Médica", el órgano de la Sociedad publicado entre 1854-1868 y 1874 y 1880; conocido por su labor en el campo sanitario y asistencial. A él se debe la reforma del tratamiento ofrecido a los enfermos mentales, liberándolos de las tenebrosas "loquerías" que hasta entonces existían en los hospitales.

El principal naturalista del siglo XIX fue Antonio Raimondi, quien desarrolló una impresionante labor en geografía, botánica y mineralogía. Los diversos intereses de Raimondi coincidieron con la escasez de talento científico en el Perú del siglo pasado, con el estilo enciclopédico de los estudios naturalistas de entonces y con los proyectos modernizadores de una élite civil que vio en la exportación de materias primas y en la construcción de caminos, dos de las principales avenidas del progreso económico.

A comienzos del siglo XX la investigación en el Perú empezó a recuperarse gracias al crecimiento de la economía de exportación de materias primas, la estabilidad política conseguida por los gobiernos de la "República Aristocrática" y el apoyo cultural de corrientes como el Positivismo y el Indigenismo.

La evolución de la vida en los Andes tuvo gran influencia en los estudios médicos, donde la población andina había adquirido ciertas características para adaptarse al ambiente seco y de poco oxígeno típico de la altura. Los mayores recursos médicos y sanitarios permitieron fundar instituciones públicas como el Ministerio de Salud (1930), creada en base de la Dirección de Salubridad que funcionaba desde comienzos del siglo XX.

Los problemas que enfrenta la investigación, la medicina y la salud pública en el país son múltiples y se han repetido a lo largo de la historia del Perú. Entre ellos los más importantes son: la poca estima cultural por la investigación, la escasez de recursos, la fragilidad de la profesión médica y la comunidad de investigadores, la falta de continuidad de las instituciones, y el poco contacto con el exterior.

Hoy en día, superar estos problemas históricos, sigue siendo un importante desafío.

2. Conclusiones

Es importante saber el inicio de lo que hoy denominamos Medicina. Las civilizaciones más antiguas, dan muestra que su inicio no es de manera científica sino por el contrario, le atribuyen poderes a los astros, a las plantas, a la tierra, etc.

Con el tiempo, estos conocimientos se han ido perfeccionando hasta ser comprobados de manera científica, y llegar a ser aplicados en grandes tecnologías.

Es importante saber también que cada cultura tuvo y tiene su propia historia en cuanto a la medicina se refiere, ya que cada una surgió en un tiempo diferente, en un espacio diferente, en un contexto social diferente, lo que los llevo a buscar alternativas para solucionar sus problemas de salud tomando lo que tenían prácticamente a su alrededor.

Estos conocimientos que por incipientes que parezcan han ayudado a que hoy en día se logren grandes avances que ayuden a resolver los problemas de salud que curiosamente las ha originado el mismo hombre.

CAPÍTULO 4

LA MATERNIDAD

1. La Madre y El Niño en el Mundo

1.1 Un poco de Historia

Desde el principio de los tiempos existió una gran expectativa en torno a la mujer en el trance de ser madre. Quizás no siempre fuera por dar atención a la madre sino por lo que el nacimiento de un ser tendría en un sentido social, económico, religioso o de preponderancia de género, ligado a los usos y costumbres de cada etapa cultural o histórica, según el tiempo en que se desarrollaron las distintas civilizaciones.

El papel que ejerció la religión, en el desarrollo de los pueblos y civilizaciones, se puede deducir al estudiar las normas de conducta respecto al trato a la mujer, en determinados ciclos de su vida reproductiva, lo que sentaba bases de atención de salud, como puede leerse en el Corán o en la Biblia.¹⁵



"MADRE PROTECTORA"

Michel Perret

¹⁵ "Obstetricia en Dos Siglos" Violeta Hidalgo Infantas

ANTIGUAS CIVILIZACIONES

Entre los antiguos pobladores de Egipto, Grecia y Roma, las mujeres contaban con personas que las atendían durante el parto. En Grecia, la medicina era ejercida por los hombres, pero la matrona Agnodice, en el deseo de obtener una mejor preparación para atender a las mujeres de Atenas, que por pudor no se dejaban tocar por los hombres, vistió ropas de varón. Al ser descubierta y juzgada y al justificar sus actos, permitió que las mujeres pudieran prepararse para ser parteras.

EN OTRAS ÉPOCAS

Francia, durante el siglo XVII, el Hotel Dieu de París fue la primera Escuela Obstétrica en el mundo y se convirtió en el centro de formación de las parteras, a pesar de sus malas condiciones de higiene. Maria Louise Lachapelle (1759-1821) fue la primera partera de París. En 1949, en un Congreso de Obstetricia celebrado en Moscú, se da a conocer la Psicoprofilaxis Obstétrica, y su metodología para el acondicionamiento de la mujer para el parto sin dolor. Por lo que en Suecia, alrededor de los años 70, del siglo XX, las Matronas presentan al Servicio de Salud un Plan Piloto, en el que se incluía la Gimnasia en la atención de las gestantes.

HOY

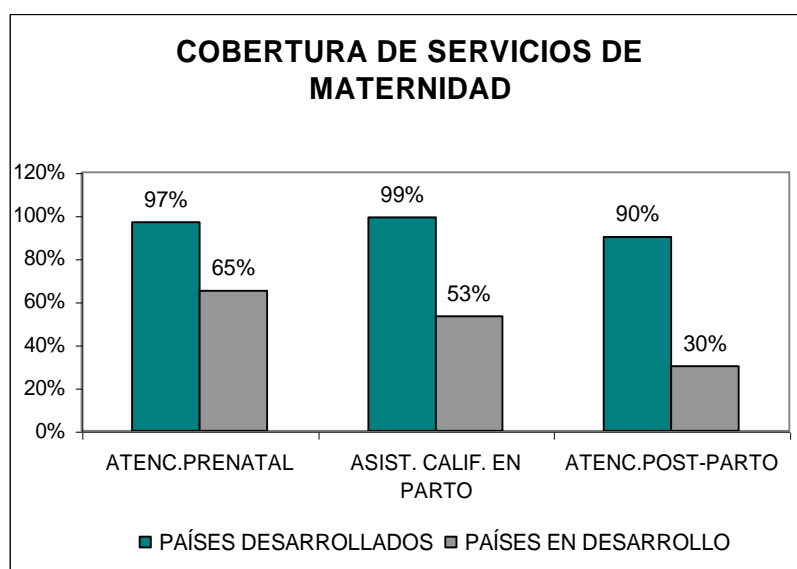
El avance tecnológico, ha permitido que se lleguen a nuevos avances en cuanto a la atención de la madre durante el parto, tratando que este sea indoloro, mediante ejercicios, técnicas de parto, anestesias, todo con el fin de reducir la mortalidad de la madre como del niño.

1.2 Situación de salud Materno Infantil a nivel mundial

La mortalidad materna afecta a las mujeres pobres excluidas de los servicios de educación y salud. Los países desarrollados han reducido la mortalidad materna, porque se cuenta con el conocimiento y la tecnología capaces de lograrlo.

La diferencia en la mortalidad materna entre los países desarrollados y en desarrollo, se explica por las diferencias de acceso a servicios de salud, capaces de ofertar cuidados obstétricos esenciales de calidad ya sea antes, durante o después del embarazo, como se muestra en el siguiente cuadro.

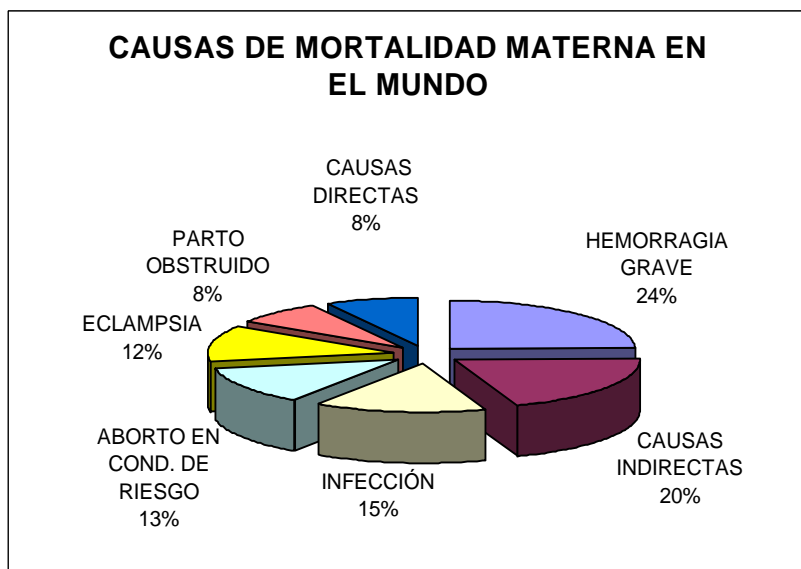
Estas diferencias son preocupantes si se analizan las tasas de mortalidad de la población materno infantil.



16

¹⁶ Informe de la Semana de la Maternidad Saludable y Segura-Mayo 2002

Las principales causas de mortalidad materna en el mundo se deben en un 24% a las hemorragias ocurridas en el momento del parto, seguido de las causas indirectas en un 20% y de las infecciones en un 15%, como se observa en el cuadro siguiente.



17

EN LAS AMÉRICAS

MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA

BAJA MENOS DE 20	MEDIA 20 – 49	ALTA 50 - 149	MUY ALTA 150 A MÁS
CANADÁ E.E.U.U URUGUAY CHILE	ARGENTINA MÉXICO COSTA RICA CUBA	BRASIL COLOMBIA JAMAICA PANAMÁ REP. DOMINICANA TRINIDAD Y TOBAGO VENEZUELA ECUADOR EL SALVADOR NICARAGUA PARAGUAY	HAITÍ BOLIVIA PERÚ (185x100,000 N. V) GUATEMALA HONDURAS

¹⁷ Informe de la Semana de la Maternidad Saludable y Segura-Mayo 2002

Así, la mortalidad infantil en el Perú es una de las más altas de América Latina, como se muestra en el cuadro anterior¹⁸, sólo superada por la República Dominicana, Nicaragua, Bolivia y Haití, países con un ingreso per cápita bastante menor; aquellos países con un ingreso per cápita similar al de Perú tienen tasas mucho menores, la mitad en Colombia, cuatro veces menor en Costa Rica y cinco veces menor en Cuba.

La OMS define la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o 42 días después de éste, y estima que a pesar de los avances, cada año, alrededor de 585,000 mujeres en el mundo mueren como consecuencia de complicaciones sufridas durante el embarazo. En los países industrializados, la muerte asociada al proceso reproductivo ha disminuido en forma considerable. En los países en vías de desarrollo, la proporción es de 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que la cifra es de 27 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en los países desarrollados.

Cada minuto en el mundo...

- Muere 1 mujer como consecuencia de complicaciones en el embarazo.
- 100 mujeres sufren complicaciones asociadas al embarazo.
- 300 mujeres conciben sin haber deseado o planeado su embarazo.
- 200 mujeres adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual.

En los países de Latinoamérica y el Caribe las tasas de mortalidad materna y el logro de la maternidad saludable continúan siendo desafíos. Las cifras muestran claramente las grandes disparidades entre países, se muestra también la correlación entre muerte materna y la pobreza. Se conoce, por ejemplo, que los niveles de educación, ingreso

¹⁸ Informe de la Semana de la Maternidad Saludable y Segura-Mayo 2002

familiar, estado nutricional y acceso a servicios están inversamente relacionados con la muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo.

En las Américas, todos los días mueren 63 mujeres como consecuencia de complicaciones del embarazo, del parto y después posparto.

Pudo ser:

- 1 madre adolescente, sola, lejos de la ayuda profesional.
- 1 mujer que llegó al hospital con hemorragia y tarde para salvar su vida.
- 1 mujer que en su desesperación, recurrió al aborto.
- 1 madre dejando cuatro hijos porque no asistió a atención prenatal a tiempo para identificar y prevenir complicaciones.

En los países de Latinoamérica y el Caribe, aproximadamente una de cada cinco gestantes experimentan complicaciones, como presión arterial alta, hemorragias, obstrucción del parto o infecciones uterinas. Todas estas situaciones necesitan atención de personal calificado, y pueden considerarse como emergencias obstétricas.

Se estima que más del 50% de las muertes maternas podrían ser prevenidas con un estilo de vida saludable, el acceso a servicios de salud de calidad con personal calificado y una atención oportuna especialmente en los casos de complicación.

.....ALGUNOS DATOS A TOMAR EN CUENTA

- Los trastornos de la salud reproductiva representan más de 30% de la carga mundial de morbilidad y discapacidad en las mujeres. Alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo sufren a corto o largo plazo enfermedades relacionadas con su sexualidad y reproducción.

- Casi la mitad de los embarazos en la región no son planificados, y entre las adolescentes, más de 80% no son intencionados. Muchas de estas recurren al aborto inducido, a menudo en condiciones inseguras con resultados desastrosos que culminan en la enfermedad o la muerte de la mujer.
- La hemorragia se identificó como la primera causa de muerte en mujeres gestantes en Bolivia, Canadá, Costa Rica, El Salvador, los Estados Unidos, Honduras, México y Nicaragua, mientras que Brasil, Colombia, Ecuador, Haití, República Dominicana y Venezuela reportaron la hipertensión inducida por el embarazo como primera causa.
- En las Américas, alrededor de una quinta parte de las gestantes tienen complicaciones, necesitando atención inmediata.
- Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) están aumentando, implicando mayor riesgo para la salud de la madre y del niño.

2. La Madre y el Niño en el Perú

2.1 Antecedentes Históricos y Arquitectónicos

2.1.1 Un poco de historia

ÉPOCA PRE-INCA

Desde los inicios de ésta época, la atención a la mujer embarazada no era algo a lo que se diera atención especial, el parto se presentaba y se trataba como cualquier acto fisiológico. Era un alto en el quehacer cotidiano. Con la agrupación y la comunicación, la atención en el parto se humaniza, logrando asistencia y apoyo en el momento del nacimiento del niño.

En algunos huacos, tejidos y ceramios de ésta época, se puede apreciar que durante el parto, la mujer era atendida por otra mujer y en algunos casos se puede ver que la mujer se encuentra apoyada en el cuerpo del hombre, que la sostiene y apoya sus manos en los flancos de la mujer, como queriendo ayudar en la expulsión del niño.¹⁹



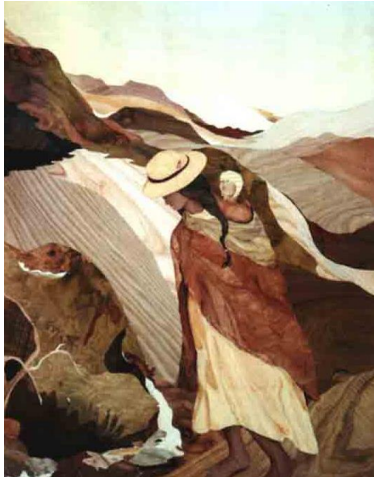
"LA FAMILIA"
Jaime Olaya

ÉPOCA INCA

El parto no estaba considerado en el rango de enfermedad, por lo que su atención era la de Parto Natural, y no es que se menospreciara a la mujer, sino que la vida

¹⁹ "Obstetricia en Dos Siglos" Violeta Hidalgo Infantas

de la mujer en aquella época no era sedentaria, todo lo contrario, era una vida en constante ejercicio ya fuera como ama de casa, hilando la lana, tejiendo, cocinando o trabajando en el campo y/o con el ganado.



Este tipo de ejercicios, a lo que podríamos llamar la Gimnasia Obstétrica de la época, las preparaba y condicionaba para el parto. Durante el momento del parto, ellas no lo pasaban solas, pues había alguna persona que recibía al niño y cortaba el cordón, así como su pareja le servía de apoyo y presionaba el vientre como ayuda en el nacimiento de su hijo. La posición para el momento del parto, en aquella época, era sentada.

“FLORES DE LA TIERRA”
María Farina

El alumbramiento era un rito que cumplían las mujeres mayores, una vez salida la placenta, se limpiaba y se envolvía en una prenda para ser enterrada bajo el fogón, así la mujer no sufriría de algún mal de madre. En algunos casos, era necesario recurrir al curandero, quien con pociones de hierbas y emplastos adecuados podía solucionar el caso.

En algunos pueblos, había curanderas a las que se le llamaba, para que ayudaran a la mujer en el momento del parto, y si ocurría algún problema relacionado con la forma en el que se presentaba el niño, acostaban a la mujer en alguna manta y la sacudían para acomodar al feto.

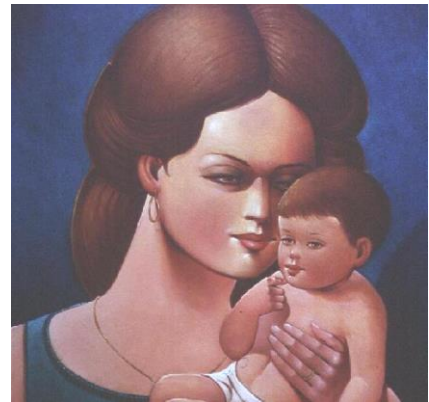
No había parteras, y si algunas hacían el oficio, eran mas bien hechiceras. Algunas incidencias en el embarazo, eran consideradas de mal agüero, así como que el niño naciera con alguna deformidad o que fueran gemelos.

El gobierno protegía el embarazo, más por la protección al niño, por lo que se establecieron leyes en las que se penaba a aquellas personas que interrumpieran con el embarazo, por la toma de algún brebaje, fueran condenadas, junto a quienes le proporcionaron la toma, a la pena de destierro de los Andes, sin alimento ni abrigo, lo que debido a la inclemencia del lugar, equivalía a una sentencia de muerte.

DURANTE LA COLONIA

A mediados del siglo XVII, los conocimientos y aplicaciones del Arte Obstétrico eran desconocidos; el embarazo, parto y puerperio significaban para la mujer y sus familiares un futuro incierto.

La atención de la mujer quedaba en manos de unos pocos cirujanos y en casos extremos, como el que tener que abrirlas, se recurría a los “barberos cirujanos”. Esta atención sólo era prestada a las damas de la nobleza, en donde la noticia de un embarazo era un acontecimiento



festejado.

“MATERNIDAD EN AZUL”
Romero

Sin embargo, las mujeres pobres acudían donde las recibidoras en donde se incrementaba la tasa de mortalidad materno-fetal. Por ello, las mujeres de pocos

recursos empiezan a rendir culto a San Ramón Neonato²⁰, utilizando para ello, la “Sagrada Rogativa”, la cual consistía en rezar durante ocho meses hasta la octava oración, dejándose la novena para la hora del parto, completándose así el Novenario tradición de la Ciudad de los Reyes, en el que se alumbraba al santo, que al consumirse la vela de cebo, se creía concluido el parto. Otras, acudían a la “Silla Milagrosa” que se encontraba en la Capilla Nuestra Señora del Patrocinio, la cual solucionaba cualquier problema de la preñez y aseguraba un buen parto.

EN EL VIRREYNATO

Los partos, eran atendidos en los domicilios mediante la intervención de “comadronas”, “parteras”, “recibidoras” o “asistidotas”, bajo control y dirección de los médicos y cirujanos, quienes prescribían las medidas a adoptar, los medicamentos necesarios, la dieta, etc. Más adelante, con la especialización de funciones se realizaron intervenciones, cambios de posición y movimientos necesarios que facilitarían el proceso del parto y el nacimiento.*

Sin embargo, el hecho de producirse el alumbramiento en casa, implicaba un cambio completo en la vida hogareña, produciéndose altos riesgos derivados del desconocimiento de la asepsia y de las medidas de higiene.



”MATERNIDAD EN OCRES”

²⁰ “La Demogenia Peruana y sus problemas médicos sociales” Enrique Paz Soldán

* CHARA RABÍ, Miguel “El Hospital de Maternidad de Lima y la Escuela de Obstetricia del Perú (1826-1836). Tomo V. Historia de la Medicina Peruana

Además, la partera era una mujer del común, sin formación alguna, que había experimentado por sí misma los partos y asistido a otros, pero ninguna había realizado estudios, carecían de conocimientos y pesaba sobre ellas como demérito, un conjunto de teorías, usos, costumbres y vulgaridades curandiles, usuales por entonces, que hoy son totalmente inapropiadas e inútiles. El 14 de marzo de 1805, el Virrey Gabriel de Avilés da orden para el inicio de las operaciones de cesárea.

LA REPÚBLICA

La situación era paupérrima, y la atención materno infantil dependía de las respuestas del estado físico de las personas. En Lima, existían varios hospitales cuya atención se daba no en razón de una dolencia específica sino en razón de que raza eran los que allí se atendían y que además eran los más pobres.



“MATERNIDAD”
Carmen Sasieta

Había un hospital de españoles, de indios, para negros y soldados, pero el parto de las mujeres se atendían en la casa, creándose el primer hospital para la atención de partos. El 10 de octubre de 1826 se crea la primera Escuela de Obstetricia, con su hospital de Maternidad en el antiguo Hospital de Nuestra Señora de la Caridad (antiguo hospital del Espíritu Santo) bajo la dirección de la Obstetrix Madame Paulina Benita Cadeau de Fessel, que trajo consigo todos sus conocimientos y aptitudes desde París para el pueblo peruano, convirtiéndose en la impulsadora del cuidado de la madre y el niño durante la gestación.

HOY

El nacimiento de un niño y la salud de la madre durante y después del parto son factores que han llevado a la creación de lugares de atención para la madre como para el niño.

Ahora se busca que el acontecimiento del nacimiento sea un motivo de festejo y que los lugares de atención cumplan con todos los requerimientos necesarios para este evento.

Sin duda alguna, el nacimiento de un hijo conlleva al surgimiento de nuevas técnicas, ejercicios, significados. Atrás quedaron los tiempos en donde el nacimiento era como cualquier día para venir ahora a ser uno de los días más importantes en la vida del ser humano.²¹



"MATERNIDAD"
Doniel Espinoza

2.1.2 Los Primeros Centros de Atención Materno Infantil

Desde un comienzo, la arquitectura hospitalaria del país se vio reflejada en Lima. A continuación una relación de los establecimientos que se convirtieron, aunque algunos solo por un periodo determinado, en centros especializados en la atención de la madre.

HOSPITAL SANTA ANA (1549): fundado por Fray Gerónimo de Loayza, es el más antiguo de

²¹ HIDALGO INFANTAS, Violeta. "Obstetricia en dos siglos"



los hospitales de Lima. Fue destinado a la asistencia de indios, luego en los primeros años de la República funcionó como hospital militar.

En 1836, el Hospital Santa Ana, fue declarado Hospital de Mujeres y entregado en administración a la Beneficencia Pública.

" ESPERANZA"
Gustave Klimt

Contaba con 14 salas de hospitalización, de las cuales 3 fueron destinadas a labores obstétricas: la sala Santa Rosa para parturientas, la sala San Antonio para puérperas y la sala San José dedicada a mujeres enfermas con niños recién nacidos. La ginecología se ejerció en la Sala La Merced. En 1925 se clausuró para inaugurarse el Hospital Arzobispo Loayza.

HOSPITAL DE LA CARIDAD (1562): destinado a la asistencia de mujeres de raza blanca o raza española, como eran llamadas en la época colonial. Luego se anexó al Colegio de Obstetricia o Colegio de Partos. En 1841 se clausuró por sus inapropiadas condiciones asistenciales y posteriormente fue demolido.

HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ (1646): Aunque el primitivo local se creó para albergar a negros enfermos, desde 1855 funcionó como hospital militar y no fue hasta 1961 año en que fue remodelado por el MINSA, que destacó por su asistencia a la madre necesitada, convirtiéndose en el Hospital Centro de Salud Materno-Infantil San Bartolomé, hoy llamado "Instituto Nacional Materno-Infantil San Bartolomé.

Por su reconocida antigüedad ha sido declarado monumento histórico de América. Durante el Gobierno anterior el inmueble pasó a manos del Instituto Nacional de Oftalmología.²²

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (1770): Se destinó en un principio a la asistencia de hombres y mujeres del Callao. Desde 1923 se dedicó a la atención exclusiva de mujeres hasta 1940, en que un terremoto lo destruyó.

CASA DE MATERNIDAD (1826): Funcionó a partir del 10 de Noviembre de 1826, bajo la orden del Mariscal Don Andrés de Santa Cruz con el fin de socorrer a las mujeres pobres en sus partos y formar parteras hábiles, iniciándose así lo que sería la larga y fructífera historia de uno de los centros de atención materna y neonatal más importantes de Latinoamérica. En 1943, se inauguró el actual edificio del Hospital de Maternidad por la Beneficencia Pública de Lima.

Allí las “comadronas” o “recibidoras” decidieron superar su nivel de atención para llegar al nivel del “Arte Obstétrico”. El 26 de octubre de 1829, se inaugura la Clínica y la Escuela de Parteras, que funcionarían en una sección del Hospital de Santa María de la Caridad, ubicada en la Plaza de la Inquisición, actual sede del Congreso. Más tarde pasó al MINSA.

HOGAR DE LA MADRE (1926): fundado por Rosalía de Lavalle de Morales Macedo con el fin de proteger a las mujeres embarazadas de escasos recursos económicos. Después de funcionar en distintos locales, en 1945 se traslada a un local propio en la Av. Petit Thouars. Diez años más tarde aparece una clínica anexa llamada "Mater Admirabilis".

²² HIDALGO INFANTAS, Violeta. “Obstetricia en dos siglos”, 2004

En 1976, el "Hogar de la Madre" dona su local a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima y pasó a llamarse Hospital Materno-Infantil "Rosalía de Lavalle de Morales Macedo", aún conocido como "Hogar de la Madre"

HOSPITAL DEL EMPLEADO (1958): hoy, el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Su servicio se consideró uno de los mejor organizados de Sudamérica, destacando su eficiente labor obstétrica.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL BELLAVISTA (1961)

HOSPITAL CENTRO DE SALUD DEL RIMAC (1967): Inaugurado por el Presidente Fernando Belaúnde. Funciona desde 1969 y por su intensa actividad asistencial se convierte en uno de los principales centros de atención materna de Lima. Desde sus inicios ejerce funciones docentes trabajando al lado de la Universidad "Cayetano Heredia". Hoy, se le denomina Hospital Nacional "Cayetano Heredia".²³

2.1.3 Hospitales amigos de la Madre y del Niño

La Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (IHAMN) surge de una propuesta conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF a nivel mundial en 1992. El Ministerio de Salud la adopta a partir de 1992 capacitando intensivamente a cerca de 25,000 trabajadores del sector público de salud, en el fortalecimiento de las actividades de promoción y protección de la lactancia materna en el Perú.

Entre 1994 y 1997 el Ministerio de Salud, con el apoyo de UNICEF, OPS/OMS y USAID-Perú acreditó a 90 Hospitales Amigos de la madre y el Niño en nuestro país.

²³ RABÍ CHARA, Miguel. "El Hospital de Maternidad de Lima y la Escuela de Obstetrices del Perú (1826 - 1836). Tomo V. Historia de la Medicina Peruana"

Para ser considerado un Hospital Amigo de la Madre y el Niño, los hospitales tienen que acreditar el cumplimiento de los denominados 10 pasos para una lactancia feliz:

1. Disponer de una política relativa a la lactancia natural, que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud para poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la Lactancia Materna, aún si deben estar separadas de su bebé.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto, facilitando que los bebés y sus madres se encuentren juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar el amamantamiento a requerimiento del bebé y de la madre.
9. No dar a los niños alimentados a pecho, chupetes u otros objetos artificiales para succión.
10. Fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y derivar a ellos a las embarazadas y madres en el momento del alta.

En el Perú los Hospitales Amigos considerados primeras sedes en capacitación de lactancia materna fueron: el Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé, el Hospital Nacional Cayetano Heredia, el Instituto Materno Perinatal y el Hospital Guillermo Almenara de ESSALUD.

Por una disposición del Ministerio de Salud, todos los hospitales nacionales y departamentales y los establecimientos de cabecera de red, deben estar en condiciones de prestar los servicios obstétricos de urgencia:

- Consulta prenatal esencial
- Atención de parto distócico
- Cesárea
- Histerectomía abdominal
- Laparotomía
- Remoción manual de placenta
- Atención de aborto incompleto
- Anestesia obstétrica
- Manejo de la HIE severa y eclampsia
- Manejo de la hemorragia severa y shock hipovolémico
- Atención de sepsis
- Atención de desgarro vaginal
- Anticoncepción post parto

Los cuidados obstétricos esenciales deben ser ofertados garantizando que contengan los siguientes atributos de calidad:

- **ACCESIBILIDAD:** las gestantes y familiares deben estar debidamente informados sobre cuando y donde deben buscar ayuda profesional. De este modo, es factible reducir el primer retraso hacia la iniciación oportuna del tratamiento requerido. Deberá asegurarse los medios que permitan a las gestantes llegar al establecimiento cabecera de red u hospital departamental: el resultado de las vías

de comunicación, medios de transporte y comunicación disponibles y apropiados procedimientos de referencia de pacientes víctimas alguna complicación que requieran cuidados obstétricos esenciales.

- **EQUIDAD:** toda gestante que requiera cuidados obstétricos esenciales debe acceder a los mismos, sin ninguna barrera de tipo económico que la limite.
- **EFFECTIVIDAD:** todo establecimiento debe garantizar a sus usuarias que los cuidados obstétricos esenciales se brinden de acuerdo a protocolos estandarizados, actualizados, internacionalmente aceptados y que sus equipos de salud sean competentes en su aplicación.
- **EFICIENCIA:** todo establecimiento debe contar y aplicar aquellos procedimientos gerenciales que le permitan el máximo de efectividad al menor costo posible.
- **ACEPTABILIDAD:** todo establecimiento debe conocer la cultura local, así como las necesidades y demandas de sus usuarias.

Los hospitales peruanos considerados como amigos de la madre son:

- **ANCASH**

- Hospital de Apoyo Víctor Ramos Guardia
- Hospital de Chimbote – IPSS
- Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón
- Hospital La Caleta
- Hospital Maternidad de María - Chimbote
- Hospital San Juan de Dios de Caráz

- **APURIMAC**

- Hospital Guillermo Díaz de la Vega

- **ABANCAY**

- Hospital de Apoyo N° 2 Andahuaylas
- **AREQUIPA**
 - Hospital Goyeneche
 - Hospital Regional Honorio Delgado
 - Hospital de Apoyo Aplao
 - Hospital de Apoyo Camaná
 - Hospital Nacional del Sur – IPSS
- **AYACUCHO**
 - Hospital de Apoyo Huamanga
 - Hospital de Apoyo de Huanta
- **CAJAMARCA**
 - Hospital de Apoyo de Cajamarca
 - Hospital General de Jaén
- **CALLAO**
 - Hospital Daniel Alcides Carrión
 - Hospital San José
- **CUZCO**
 - Hospital de Sicuani
 - Hospital Antonio Lorena
 - Hospital Regional del Cusco
 - Hospital de Quillabamba
 - Hospital III del Cusco - IPSS
- **HUANCAVELICA**
 - Hospital de Apoyo de Huancavelica
- **HUÁNUCO**
 - Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano
 - Hospital de Apoyo Tingo María

- **ICA**

- Hospital Regional de Ica
- Hospital Santa María del Socorro
- Hospital General de Pisco
- Hospital Félix Torrealba Gutiérrez – IPSS

- **JUNÍN**

- Hospital Daniel Alcides Carrión - Huancayo
- Hospital Apoyo de Tarma Félix Mayorca Soto
- Hospital El Carmen de Huancayo
- Hospital Apoyo La Merced de Chanchamayo
- Hospital de Junín
- Hospital de Jauja
- Hospital de La Oroya - IPSS

- **LA LIBERTAD**

- Hospital de Apoyo Belén – Trujillo
- Hospital Regional de Trujillo
- Hospital Víctor Lazarte - IPSS Trujillo

- **LAMBAYEQUE**

- Hospital Belén
- Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo

- **LIMA ESTE**

- Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Hospital de Apoyo de Chosica
- Hospital Hipólito Unánue

- **LIMA CIUDAD**

- Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Hospital Nacional Dos de Mayo

- Hospital Madre Niño San Bartolomé
- Instituto Materno Perinatal
- Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
- Hospital Juan Pablo II - Villa El Salvador
- Hospital de la Policía Nacional del Perú
- Instituto de Salud del Niño

• **LIMA SUR**

- Hospital San José de Villa El Salvador
- Hospital Materno Infantil V.M.T
- Hospital MI César López Silva
- Hospital Barreto de S.J.M
- Hospital de Apoyo María Auxiliadora
- Hospital Santa Rosa
- Hospital MI Tablada de Lurín
- Centro Materno Infantil Chorrillos II

• **LIMA NORTE**

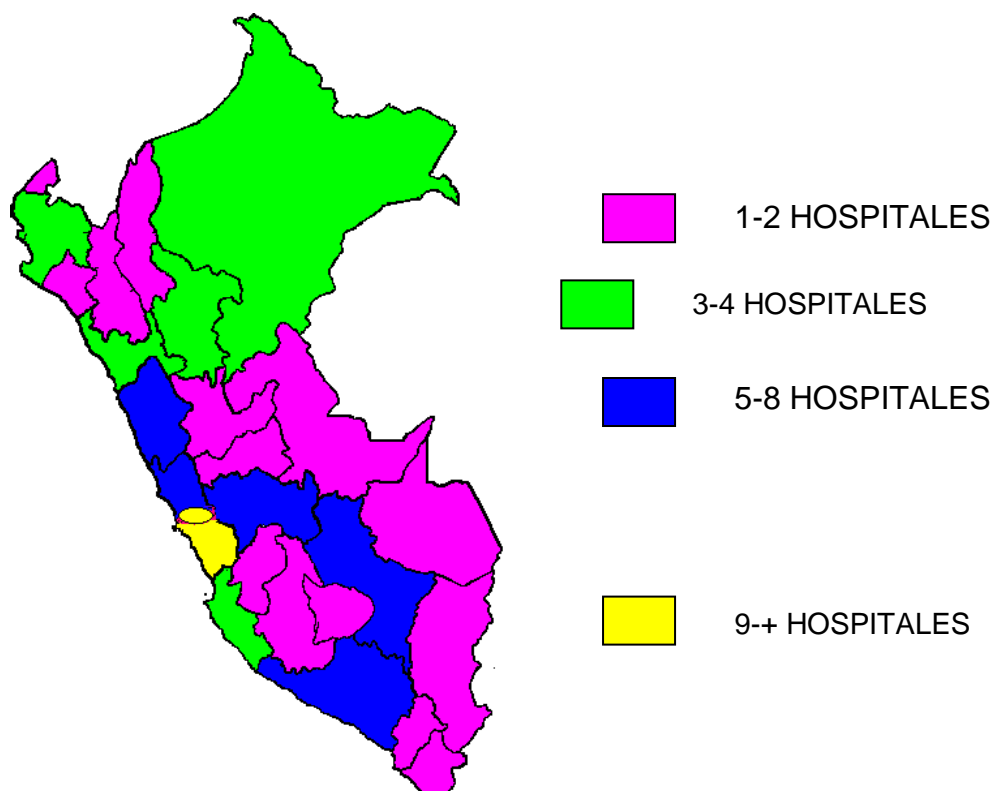
- Hospital de Apoyo de Barranca
- Hospital Sergio Bernales
- Hospital Docente de Huacho
- Hospital de Apoyo Puente Piedra
- Hospital Materno Infantil de Supe
- Hospital de Huaral

• **LORETO**

- Hospital de Apoyo de Iquitos
- Hospital Regional de Iquitos
- Hospital de Iquitos - IPSS

• **MADRE DE DIOS**

- Hospital de Apoyo de Chachapoyas
- Hospital de Apoyo Santa Rosa Puerto Maldonado
- **MOQUEGUA**
 - Hospital Integrado de Moquegua - IPSS
- **PASCO**
 - Hospital Apoyo Dept. Daniel Alcides Carrión
 - Hospital Apoyo de Oxapampa
- **PIURA**
 - Hospital de Talara
 - Hospital Cayetano Heredia
 - Hospital de Apoyo de Sullana
- **PUNO**
 - Hospital Apoyo Carlos Monge Medrano Juliaca
 - Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón
- **SAN MARTIN**
 - Hospital Rural Banda Shilcayo-Tarapoto
 - Hospital de Apoyo de Yurimaguas
 - Hospital de Tarapoto – IPSS
- **TACNA**
 - Hospital Hipólito Unánue
 - Hospital Calana – IPSS
- **TUMBES**
 - Hospital de Apoyo N° 1
- **UCAYALI**
 - Hospital Regional de Pucallpa
 - Hospital de Apoyo N° 2 - Amazónico - Yarinacocha - Pucallpa



2.1.4 Las Casas de Espera

Sin embargo, muchas de las provincias al interior del país carecen de infraestructura hospitalaria o la población se encuentra alejada de estos.

Por lo que surge la necesidad de creación de las Casas de Espera con la finalidad de atender los partos de las poblaciones más aisladas.



²⁴Gráfico 1

<i>DISAS</i>	CASAS DE ESPERA
Amazonas	3

²⁴ Exposición Mortalidad Materna. Dr. Edilberto Toscazo Silva

Ancash	3
Apurímac	24
Apurímac II (Chanka)	7
Arequipa	2
Ayacucho	4
Cajamarca	1
Cuzco	8
Huancavelica	3
Huanuco	1
Junín	3
Loreto	4
Puno	8
TOTAL	97

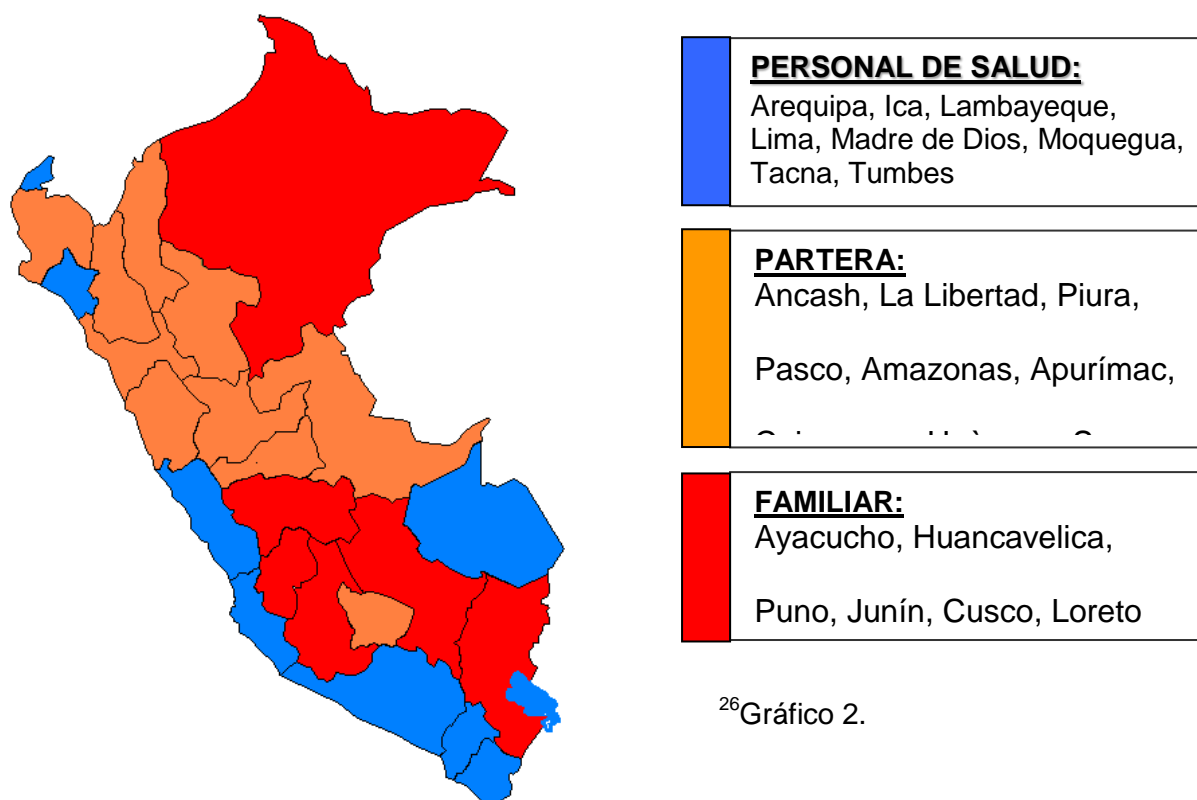
²⁵ Tabla 1

Muchas de estas atenciones a nivel nacional están siendo dadas por las ya conocidas parteras de las localidades, seguidos de los familiares y finalmente por el personal de salud.

Como se ve en el gráfico, el personal de salud, es el menos recurrido pero el más necesario ya que cuentan con el suficiente material y conocimiento como para poder resolver cualquier problema durante el parto, a diferencia de las parteras y familiares que basan su experiencia en conocimientos empíricos y que generalmente no conllevan a un feliz parto.

Varios son los factores que conllevan a esto, tal es el caso del fácil acceso a estas parteras, el bajo costo, el temor y el pudor por acudir a algún centro de salud y la tradición de la comunidad campesina e indígena.

²⁵ Exposición Mortalidad Materna. Dr. Edilberto Toscazo Silva

²⁶Gráfico 2.

2.2 Situación Materno Infantil en el Perú

2.2.1 Contexto Demográfico

Actualmente, el Perú tiene una población estimada de 27'148,101²⁷ millones de habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 17.15%.

Es importante conocer la estructura de la población por edad, ya que las actividades que realizan, sus potencialidades y sus necesidades están en función de la edad.

Por ello, se consideran tres grandes grupos de edad:

- Menores de 15 años, demandas de servicios educativos y de salud.

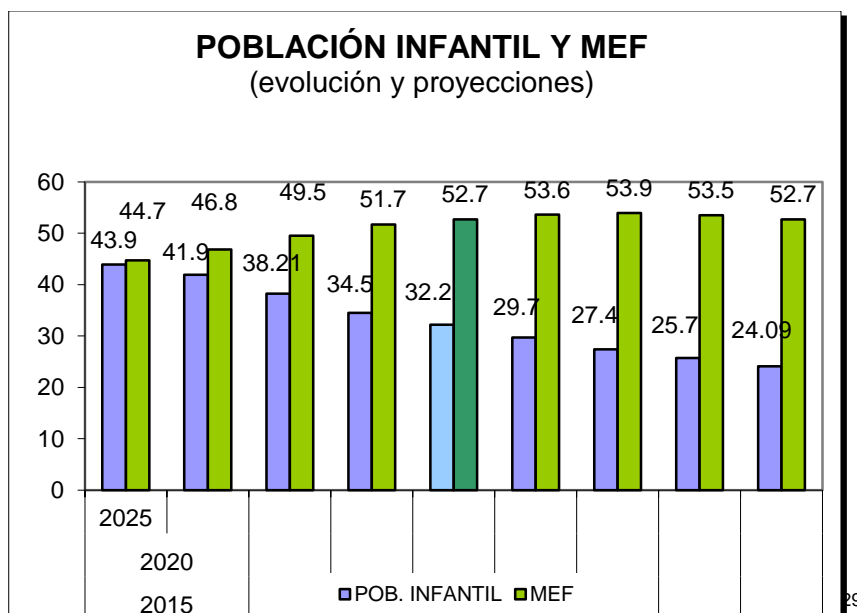
²⁶ Exposición Mortalidad Materna. Dr. Edilberto Toscazo Silva

²⁷ Fuente obtenida de INEI: a junio del 2003

- De 15 a 64 años, participan en la actividad productiva y demandan empleo, vivienda y servicios de salud, en general, y salud reproductiva en particular.
- De 65 años y más, demandas vinculadas a la seguridad y protección social.

En los últimos 22 años el Perú ha experimentado una transformación en la estructura de edades de su población. El grupo de menores de 15 años en el periodo 1981-2003 ha disminuido de 41,2% a 33,2%; mientras que la población de 15 a 64 años ha aumentado de 54,7% a 61,8%; y los mayores de 65 años y más pasaron de 4,1% a 5,0%.²⁸

La población infantil, constituida por niños menores de 12 años, ocupa el 31% de la población total, mientras que la población femenina en edad fértil (MEF) ocupa el 52% de la población total femenina. El crecimiento del grupo poblacional materno-infantil estaría caracterizado por un descenso gradual de la población infantil y por un ascenso progresivo de la población MEF. Esto implica a su vez, un incremento de necesidades y demanda en salud en particular en el grupo poblacional materno infantil.



²⁸ INEI: Informe "Estado de la Población Peruana 2003"

²⁹ Perú: Estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2050. Urbana Rural 1970-2025

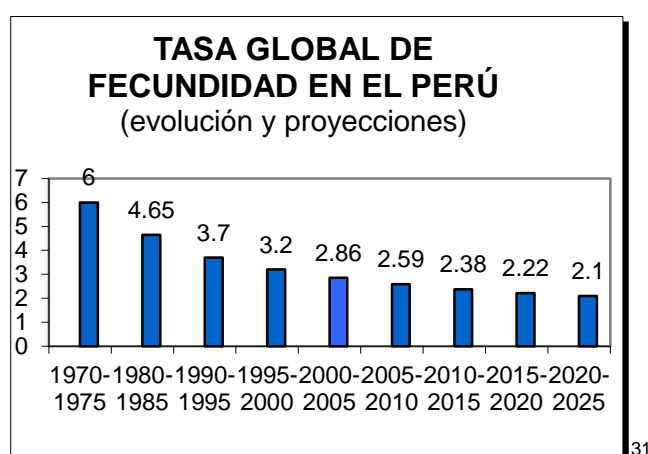
FECUNDIDAD

El nivel de fecundidad de las mujeres en edad fértil en el 2003 se ha reducido en 20 por ciento frente al nivel registrado en 1995.³⁰ En el 2003, el promedio de hijos por mujer es 2,8, mientras que en 1995 fue 3,5 hijos. Las razones que explicarían este descenso son la creciente práctica anticonceptiva, la ampliación de los servicios de salud en el país, y el mejoramiento del nivel educativo de las mujeres, entre otras.

La reducción no ha sido uniforme en el interior del país, pues empezó y se consolidó en las zonas urbanas, pero persiste la brecha con la zona rural.

Al comparar los promedios del número de hijos por mujer según área de residencia, se observa que en el área rural las mujeres tienen en promedio 4,5 hijos, casi el doble de las que residen en el área urbana, que en promedio tienen 2,3 hijos por mujer, como se ve en el cuadro.

El nivel de fecundidad no es uniforme en el país, ya que presenta diferencias marcadas según el nivel educativo de la mujer, el nivel de urbanización y el departamento de residencia. Hoy, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) es de 2.86% en el país.

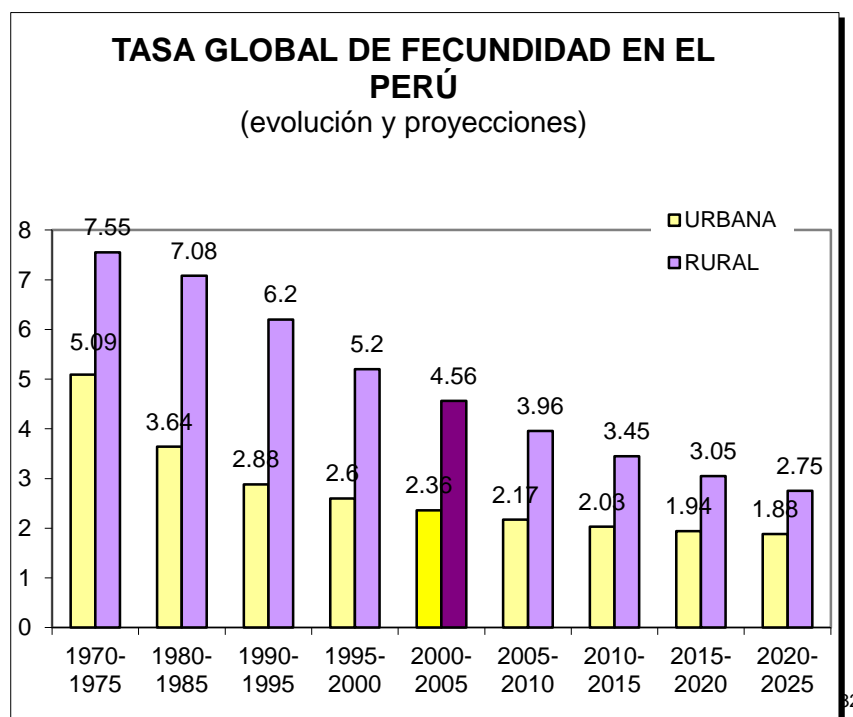


³⁰ INEI: Informe “Estado de la Población Peruana 2003”

³¹ Perú: Estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2050. Urbana Rural 1970-2025

El elevado porcentaje de número de hijos promedio durante la década de los 70 traducía la situación de un país predominantemente rural y con un incipiente proceso de urbanización principalmente en la costa, con un alto grado de analfabetismo y con un limitado acceso a la información y servicios de planificación familiar.

La rápida declinación continuó hasta los '80 y en la década de los noventa estuvo alrededor de los 3 hijos por promedio como reflejo de una prevalencia anticonceptiva en el año 2000 del 69%, del progreso del alfabetismo y de un proceso acelerado de urbanización y de información.



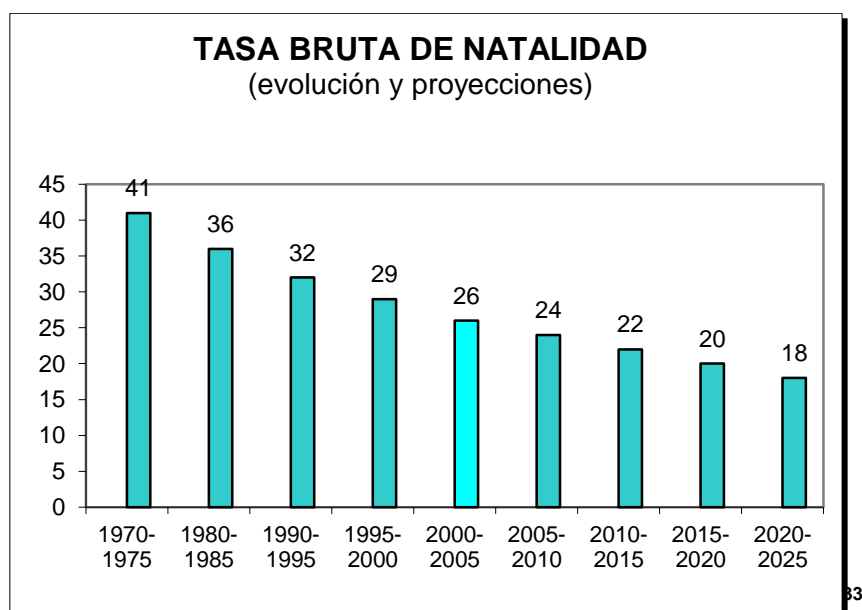
Desde los años '70 hasta la actualidad el descenso de fecundidad rural fue ligeramente más acelerado que el de la urbana, siendo ésta última la que se mantiene con un promedio de 2 hijos a diferencia del ámbito rural en donde el promedio estaría entre los 4

³² Perú: Estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2050. Urbana Rural 1970-2025

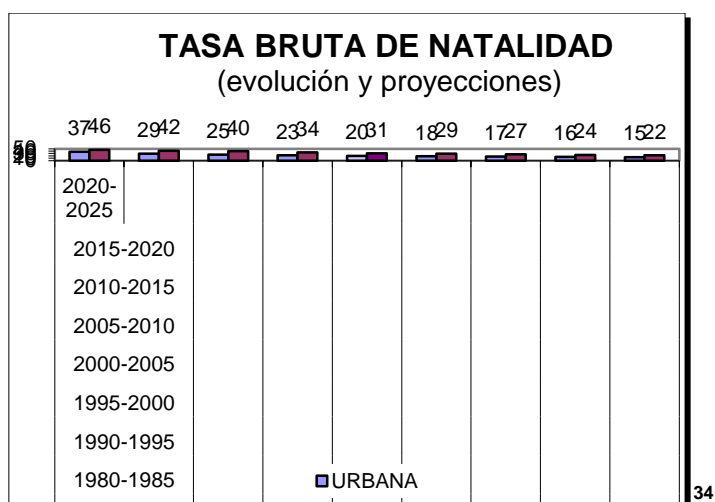
y 5 siendo aún un porcentaje alto de fecundidad. Las proyecciones para la tasa de fecundidad, llevan implícitas las mejoras y expansiones de los programas de planificación familiar que permitirán superar la discontinuidad del uso de métodos anticonceptivos y reducir las elevadas tasas.

NATALIDAD

La tasa Bruta de Natalidad (TBN), indica el número de nacimientos que en promedio ocurren anualmente por cada mil habitantes, es de 23.3%.



³³ Perú: Estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2050. Urbana Rural 1970-2025

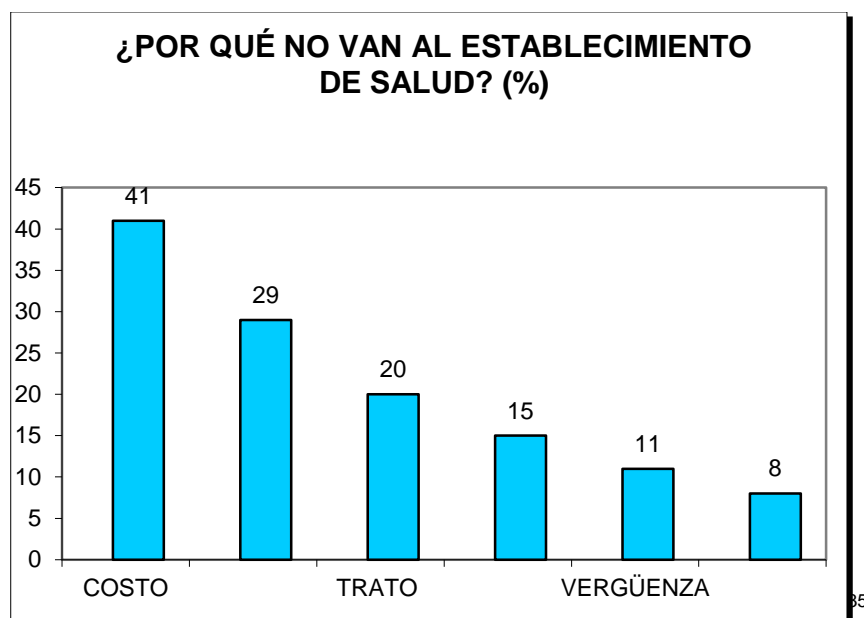


La población peruana pasó de básicamente rural a predominantemente urbana en el periodo 1960-1970. A partir de entonces, el proceso de urbanización ha seguido su crecimiento. Entre 1970 y el año 2003, la población urbana aumentó en casi 11 millones de personas, mientras que la población rural creció solo en 1.8 millones.

³⁴ Perú: Estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2050. Urbana Rural 1970-2025

MATERNIDAD

La realidad de la población femenina es preocupante, ya que al estar llena de costumbres, mitos y creencias, restan valor a la importancia del cuidado durante y después del embarazo. Muchas no acuden a los centros de atención, como se observa en el cuadro, ya que prefieren ser atendidas por parteras, por su situación económica, por la falta de infraestructura cercana al lugar donde viven, por ignorancia y por temor. Esto, se convierte en un factor de riesgo tanto para la madre como para el niño ya que al no recibir ningún tipo de atención ponen en riesgo sus vidas.



Dentro de lo que se considera una maternidad segura, se evalúa todo el proceso del embarazo, desde su concepción hasta el nacimiento y recuperación de la madre.

³⁵ Informe de la Semana de la Maternidad Saludable y Segura-Mayo 2002

MATERNIDAD SEGURA				
ATENCIÓN PRENATAL	PARTO SEGURO		CUIDADOS OBSTÉTRICOS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Prevención, Diagnóstico, Tratamiento oportuno y eficaz de las complicaciones	Equipamiento y competencia del personal para la atención del parto y recién nacido		Disponibles para los embarazos de riesgo y las complicaciones	Decisión libre e informada para escoger método de elección en los servicios
ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER				

36

LAS PARTERAS

Las parteras empíricas ocupan un lugar estratégico en la asistencia de la madre y el recién nacido, que por razones geográficas, económicas y/o culturales no tienen acceso a la atención sanitaria institucional. Algunas experiencias muestran que las comadronas pueden ser un puente de articulación entre la medicina académica y la tradicional para lograr disminuir los altos índices de mortalidad materna en países en vías de desarrollo.

Las comadronas o parteras tradicionales forman parte de los llamados sistemas no formales de salud. Ellas ocupan un lugar muy respetado y valorado en las comunidades, son las encargadas del manejo de la embarazada, el puerperio, el cuidado del recién nacido y de los consejos para evitar el embarazo. Cuentan con un variado repertorio de creencias, conocimientos y prácticas gineco-obstétricas tradicionales que implican una cosmovisión distinta de la del mundo occidental y su medicina.

³⁶ Informe de la Semana de la Maternidad Saludable y Segura-Mayo 2002

Sin embargo, los altos índices de mortalidad materna e infantil son un indicador claro de las deficiencias de este sistema, en el que las comadronas no disponen de los conocimientos y ni de la contención institucional para resolver las complicaciones derivadas del embarazo y el alumbramiento, que constituyen la causa más importante de mortalidad entre las mujeres en edad de reproducción en los países en desarrollo.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones. Así, por ejemplo existen poblaciones en que el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado, y por el contrario su no ocurrencia es rechazada; esta situación que se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas no van a incidir negativamente en aspectos tales como aumento en la tasa de abortos; sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en poblaciones como la de Lima, por su componente religioso y conservador, lo cual condiciona que las adolescentes que se embarazan traten de evitar el progreso del mismo a través de maniobras abortivas.

El embarazo en la adolescente es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre.

Desde el punto de vista social, el grupo de madres adolescentes es siempre dependiente y el embarazo profundiza la dependencia con los padres.

En nuestro país se ha demostrado que el mayor porcentaje de abortos sépticos que acuden a un hospital son de adolescentes, que se practicaron estas maniobras ilegalmente.

Trae un sin número de efectos adversos tanto a la madre como al niño, entre los que tenemos los riesgos de labor del parto prolongado, disfunción uterina, pelvis contraída y parto por cesárea a causa de la desproporción céfalo-pélvica debido a que el canal del parto es aún inmaduro. Las adolescentes tienen quizá menos capacidad de tener hijos saludables y pueden sufrir más traumas durante el parto. Los hijos de las madres adolescentes tienden a tener mala salud pues éstas en su mayoría se hayan menos preparadas para buscar y recibir la atención prenatal adecuada y están menos aptas psicológicamente y materialmente para cuidar a sus hijos.

MORTALIDAD

MORTALIDAD MATERNA

En contraste con la reducción drástica y sostenida de la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna no ha experimentado un descenso significativo.³⁷

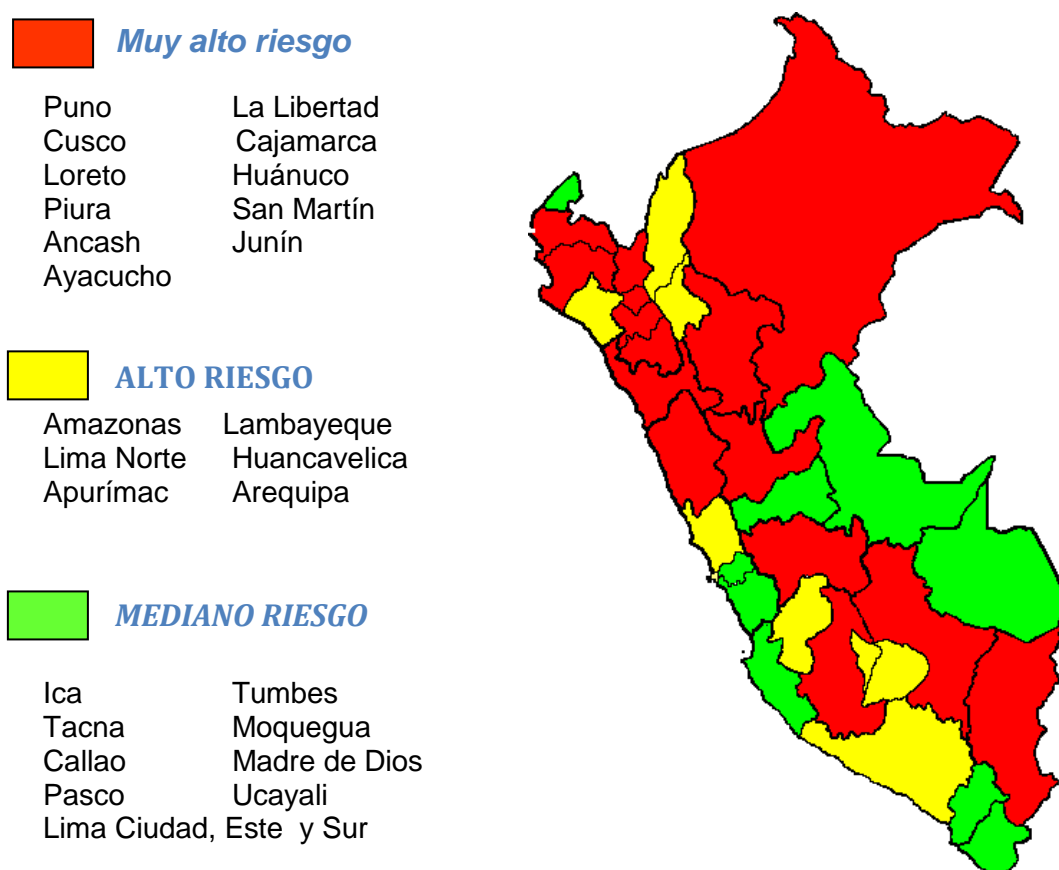
Las causas de la mortalidad materna son en su mayor parte directas y evitables, afectando con más frecuencia a las mujeres de los grupos de menores recursos, de menor nivel educativo y con menor acceso a los servicios de salud.

La situación nutricional de la mujer antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos de la mortalidad materna y perinatal, ya que guarda

³⁷ Informe de la Semana de la Maternidad Saludable y Segura-Mayo 2002

relación con las posibilidades de desarrollo del feto, la mortalidad intrauterina, la duración del embarazo, las complicaciones del parto y el bajo peso al nacer.

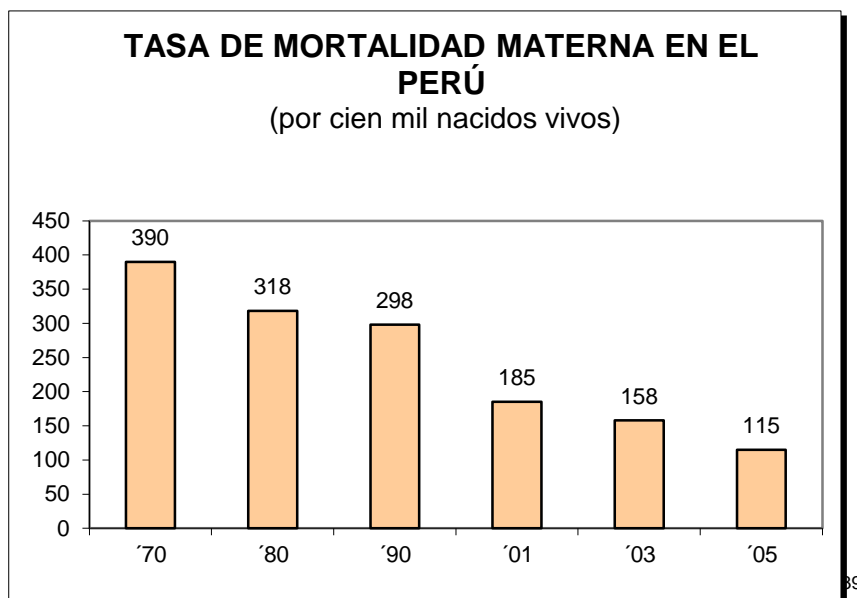
El Ministerio de Salud promueve la salud integral de la población. Por ello, frente al problema de muerte materna se formó el comité Nacional Para la reducción de la Mortalidad Materna encargado de trazar objetivos para disminuir estas tasas. Esta actividad se realizara a través del trabajo del personal de salud de los Establecimientos de Salud, Redes, Direcciones de Salud, asistencia técnica de los proyectos, el comité Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, así como la comunidad organizada.



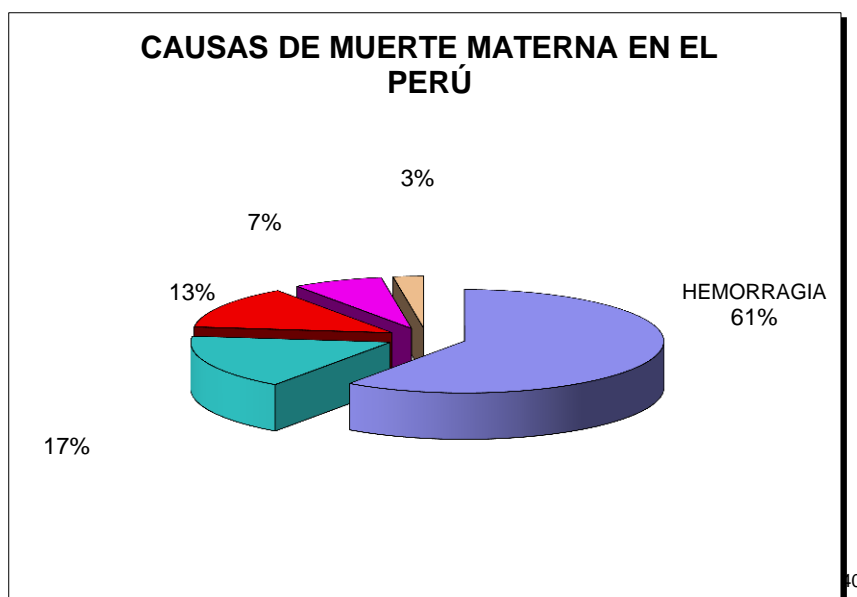
³⁸Gráfico 3.

El cuadro muestra que cada año mueren mujeres a consecuencia de complicaciones en el embarazo, parto o puerperio.

³⁸ Informe de la Semana de la Maternidad Saludable y Segura-Mayo 2002



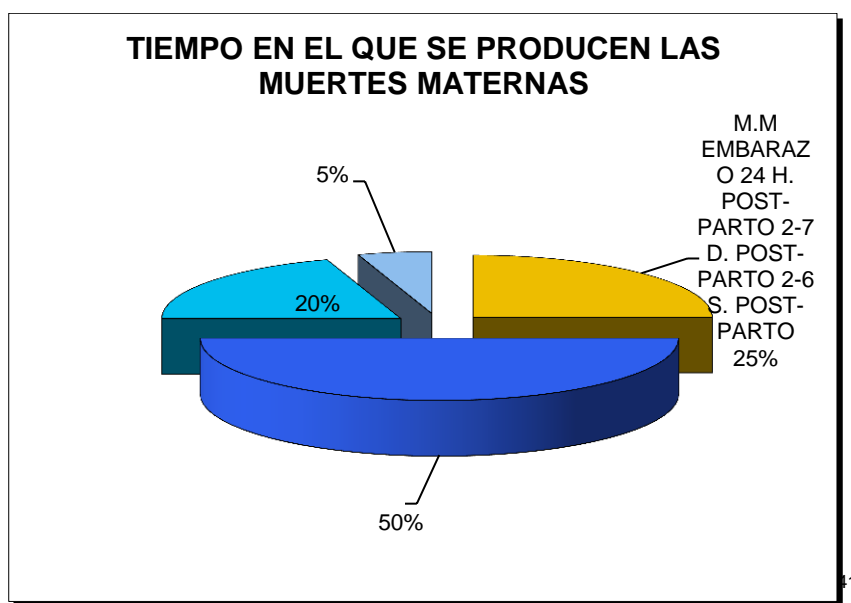
En el país, el 52% de los nacimientos presenta algún tipo de complicación en el parto. Las principales complicaciones son, en orden de mayor porcentaje, Hemorragia, Eclampsia, Infecciones, Aborto y Parto Obstruido.



³⁹ Fuente: Plan Nacional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 1998-2001. INEI proyecciones

⁴⁰ Fuente: Plan Nacional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 1998-2001. INEI proyecciones

En el cuadro siguiente, el porcentaje de muerte materna después del parto es muy elevado, 50%. Por ello, es importante no solo tener en cuenta los cuidados y atenciones a la madre antes y durante el embarazo, sino también una vez concluido este ciclo.

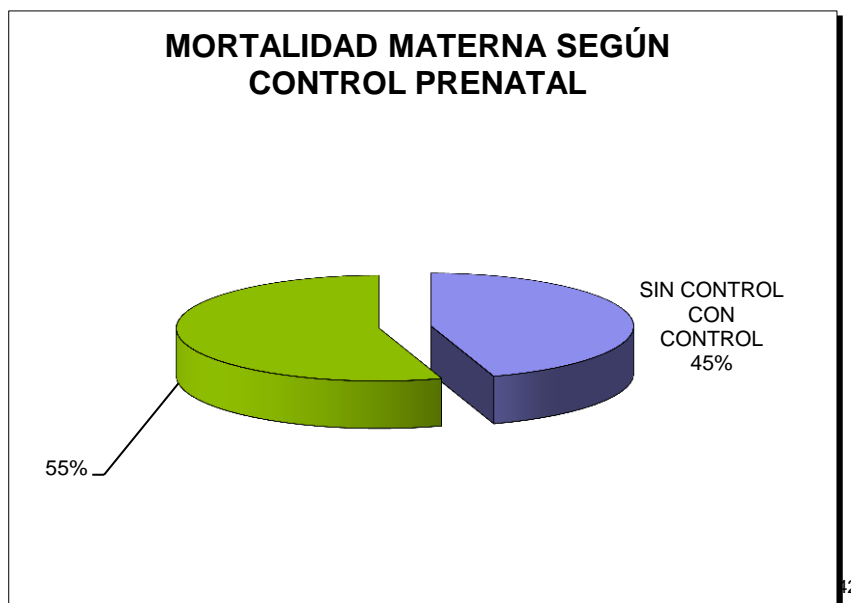


De otro lado, no obstante que las coberturas de atención de salud en el país se han incrementado en los últimos años, sólo un 55% de los nacimientos ocurridos reciben control prenatal por un profesional de salud, como se muestra en el siguiente cuadro.

El Perú tiene un bajo porcentaje en lo que a atenciones del embarazo se refiere, encontrándose en un plano muy inferior al de los países desarrollados.

Este tipo de atención médica por parte de profesionales, es una de las grandes armas para evitar una muerte materno-infantil, ya que como se ve el cuadro, tanto la madre como el niño están en riesgo de muerte antes, durante y después del embarazo.

⁴¹ Fuente: Ministerio de Salud-Programa Nacional Materno Perinatal



El análisis de la actual configuración de la salud materna y del aspecto de la baja demanda de servicios, tendrían una base relacionada en aspectos de eficiencia, calidez, costos, educación e información a las madres, así como la necesidad de implementar algunas acciones específicas de adecuación cultural de los servicios, abordando así las barreras entre éstos últimos y la comunidad.

MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES

La salud reproductiva y la mortalidad de las madres adolescentes constituyen un serio problema de salud pública y forma parte de la compleja situación de salud de la mujer.

La fecundidad de las adolescentes es elevada y se ha mantenido invariable en estos últimos años, la contribución de las adolescentes a la fecundidad total se ha

⁴² Fuente: Ministerio de Salud-Programa Nacional Materno Perinatal

incrementado de 9.6 a 10.6%, observándose un incremento de embarazos a temprana edad.

En general, el contexto en el que se producen los embarazos en adolescentes está caracterizado por un inadecuado conocimiento sobre aspectos de sexualidad y salud reproductiva.

Es el grupo que concentra el más alto porcentaje de nacimientos con periodos intergenésicos cortos, es decir el tiempo transcurrido entre el nacimiento de un hijo y otro. Uno de los factores determinantes para la ocurrencia del aborto, es la presencia de un embarazo no deseado, siendo la principal característica de los embarazos en adolescentes, lo que lo convierte en un importante factor de riesgo de mortalidad en este grupo gestacional.

MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil se refiere a las muertes ocurridas durante el primer año de vida y se expresa como tasa por mil nacidos vivos. Se distinguen 3 componentes: la mortalidad neonatal, que corresponde a las defunciones entre 0 y 27 días de vida, la mortalidad infantil tardía, entre 28 días y 11 meses y la mortalidad infantil que va desde el año hasta los 12 años.

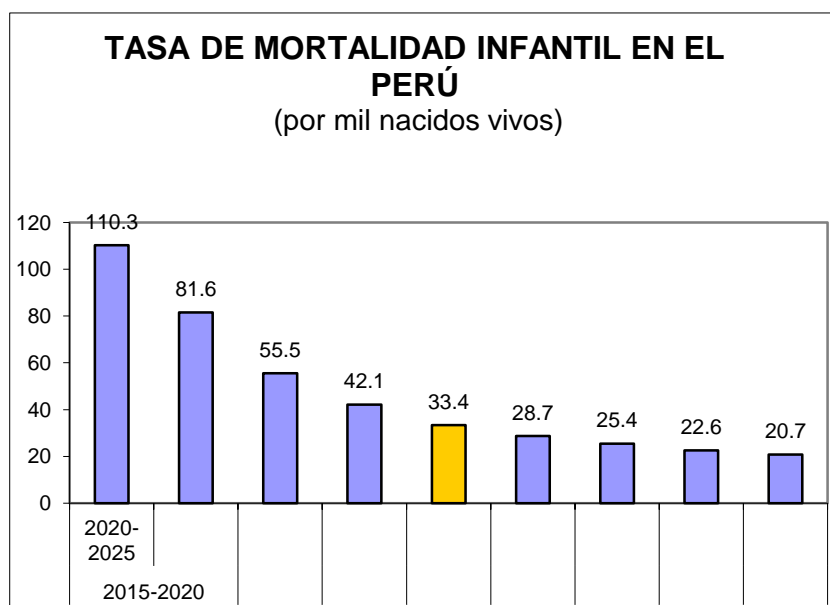
En los últimos 20 años, la mortalidad infantil viene mostrando una clara tendencia descendente, sin embargo no ocurre lo mismo con la mortalidad materna y perinatal, que presentan niveles elevados. La mortalidad perinatal está asociada a un ineficiente control prenatal con baja cobertura e insuficiente concentración, además de la deficiente calidad de la atención del parto y del recién nacido.

En la mortalidad neonatal, las afecciones originadas en el período perinatal constituyen la primera causa, seguida de las anomalías congénitas, las enfermedades del aparato respiratorio, los traumatismos y envenenamientos.

En la mortalidad infantil tardía, el primer lugar lo presentan las enfermedades del aparato respiratorio, seguido de los traumatismos y envenenamientos, y anomalías congénitas.

Respecto a diagnósticos de muertes infantiles destacan la bronconeumonía, la aspiración de líquidos o de vómitos, inmadurez extrema, la membrana hialina y diarreas.

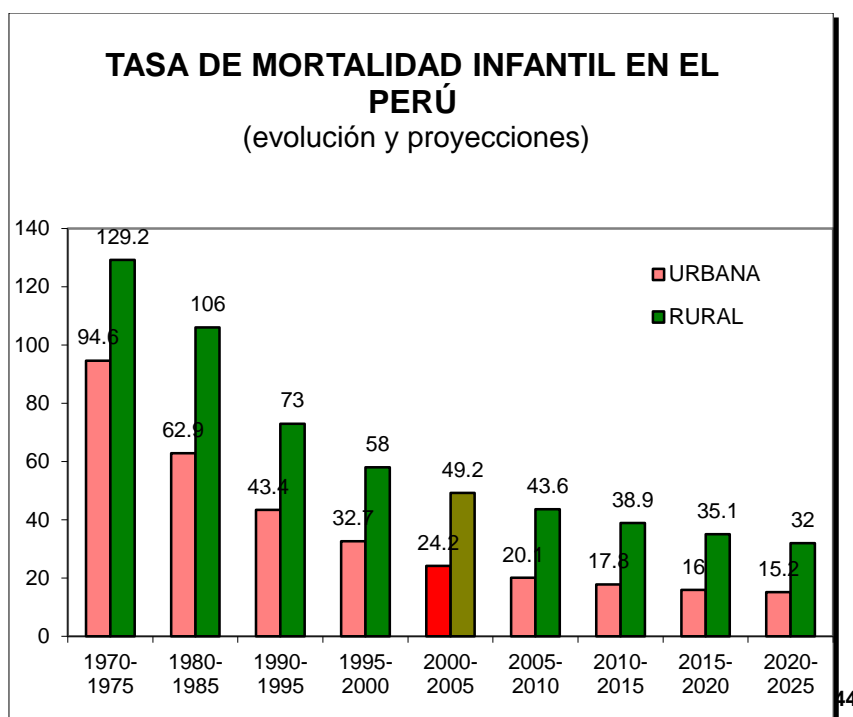
Realidades que se diferencian de acuerdo al área urbana y rural, donde los recién nacidos que tienen un tamaño menor al estimado como promedio al nacer, son en su mayoría de madres sin educación, en edades extremas y con residencia en el área rural.



En el siguiente cuadro se muestra que tanto en las zonas urbanas como en las rurales, la proyección de la Tasa de Mortalidad Infantil refleja una disminución.

En el quinquenio 2000-2005, el área urbana de 24.2 por mil nacidos vivos a 15.2 para el quinquenio 2020-2025 y en el área rural de 49.2 por mil nacidos vivos a

32.



⁴³ Perú: Estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2050. Urbana Rural 1970-2025

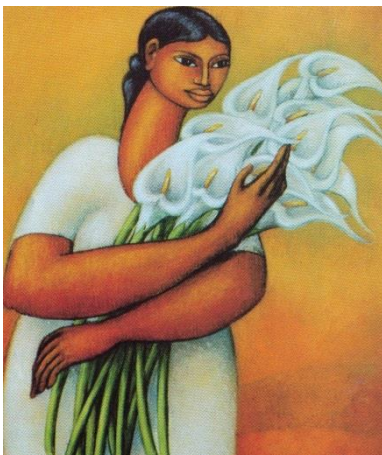
⁴⁴ Perú: Estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2050. Urbana Rural 1970-2025

2.2.2 Situación de la Maternidad en la Costa del Perú

La fecundidad es un fenómeno multi-causal, determinado por factores individuales, sociales y culturales que se conjugan para moldear el número ideal de hijos para la pareja, la necesidad de concebirlos, el deseo DE aumentar o limitar la familia y, finalmente la actitud hacia la práctica de la anticoncepción.

En la costa, la realidad materna infantil está dividida en dos, el de las mujeres que viven en zonas urbanas y aquellas que viven en zonas rurales. Esta realidad es muy contrastante. En las zonas urbanas, tanto la madre como el niño reciben un control y cuidado antes, durante y después del parto. Estos controles los realizan la gran mayorías en centros de salud especializados, hospitales y/o clínicas.

Las mujeres están abiertas a nuevos métodos para lograr concebir como también a los métodos anticonceptivos y los controles por parte de médicos profesionales especializados, ya que por lo general no quieren una familia numerosa a la cual no puedan satisfacer sus necesidades. Los partos también son atendidos en instituciones especializadas con el fin de evitar complicaciones durante el parto.



Sin embargo, en las zonas rurales, en donde no cuentan con los servicios básicos, ni con medidas de sanidad, la mayoría de las mujeres y niños recaen en infecciones, hemorragias, amenazas de aborto.

“FLORISTA CON CARTUCHO”

Francisco Mauricio Ortiz

Estas zonas están conformadas en su mayoría por migraciones de la sierra peruana, por lo que las mujeres traen sus creencias y costumbres. Una de ellas es que la mayoría prefiere la atención por parte de las parteras o de los familiares antes que la atención médica, motivo por el cual tienen un alto porcentaje de mortalidad materna e infantil.

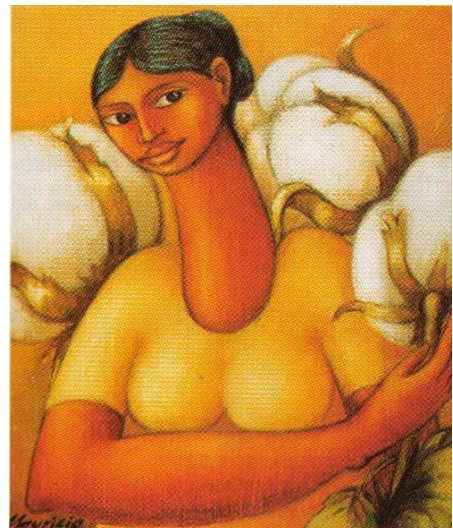
No se pueden establecer costumbres propias de la costa en cuanto a la Salud Reproductiva, porque esta región recibe mucha influencia de las regiones andina y amazónica.

La población de la costa está constituida por migrantes de otras regiones que traen sus costumbres y tradiciones. Las costumbres y tradiciones de la Costa, se ven alteradas y modificadas por el crecimiento tecnológico.

2.2.2.1 El parto en la vida de la costa

Durante el embarazo, son necesarios algunos cuidados para favorecer el buen desarrollo del niño, una mejor preparación de la mujer para el parto y para prevenir posibles complicaciones.

Sin embargo en la Costa, se pueden diferenciar dos realidades, la de las mujeres que viven en zonas rurales y las que viven en zonas urbanas.



“LA ALGODONERA”
Francisco Mauricio Ortiz

En el caso de las mujeres que viven en zonas rurales de la costa, se refleja otra realidad, la de una limitada posibilidad de acceder a los cuidados cotidianos durante la gestación por las difíciles condiciones de vida de estos sectores, realizando actividades que ponen en riesgo tanto la vida de la madre como la del niño. Muchas mujeres consideran que los abortos son producto de actividades pesadas que la mujer realiza durante el embarazo, además de los antojos no satisfechos y por emociones intensas como “el susto” o “la cólera”.

En algunas zonas rurales de la costa, las mujeres acuden donde las parteras para que realicen el “acomodo”, práctica que permite corregir dolores y molestias en la madre producto de una mala posición del niño. Para realizar esta técnica, la partera masajea el vientre de la mujer para estimular el movimiento del niño, utilizando aceites o grasa de gallina previamente calentados. Con el mismo fin, se recurre al “manteo”, que consiste en recostar a la mujer embarazada en una manta para mecerla suavemente.

Las madres de la zona rural no acuden a los centros de atención porque tienen vergüenza a que otras personas vean sus partes íntimas y por la incomodidad de los procedimientos a los que son sometidas. Además no permiten la participación del esposo y de ningún miembro de la familia por lo que se sienten solas.

Sienten desconfianza en los profesionales de las instituciones, porque son jóvenes y necesitan de más capacitación, o por la falta de calidez y buen trato con las usuarias.

Entre las desventajas en la atención en los hospitales, es que no permite la entrada de los familiares por lo que las gestantes se encuentran solas durante el trabajo de parto lo cual les causa angustia y temor. Además muchas veces no hay disponibilidad de camas o sino les piden ropa de cama.

En el caso de las mujeres de las zonas urbanas, la realidad es completamente diferente, ya que la gran diferencia es originada por el factor económico, el cual les permite tener comodidades antes, durante y después del embarazo.

Están más preparadas para ser atendidas en centros de salud, hospitales y clínicas especializadas, ya que les da más confianza y seguridad porque se cuenta con especialistas, los cuales intervienen ante emergencias que puedan poner en riesgo la vida de la madre o del niño y por la disponibilidad de medicinas.

Entre las motivaciones más importantes que llevan a las mujeres a elegir un parto institucional, destacan la confianza y el temor que generaría el ser atendidas por una partera, que no siempre ofrece un parto limpio y no tiene la posibilidad de intervenir en caso de complicaciones.

Durante la gestación la mayoría de mujeres acceden a ejercicios pre-natales para tener un parto más fácil y menos doloroso. Muchas son las técnicas a las que recurren como la acupuntura, el yoga, ejercicios en el agua, gimnasia.

Los antojos y otras necesidades son atendidos durante todo el embarazo. Conocen la importancia de los métodos anticonceptivos y de los controles pre-natales.

En el momento del parto, algunas clínicas privadas permiten el acceso del padre pero muy pocas permiten el de los familiares. La llegada de un nuevo miembro de la familia es motivo de celebración.

Después del parto, las mujeres costeñas saben claramente que se necesita de un reposo absoluto, sin embargo algunas de ellas por no tener algún familiar que las

ayude, sufren de complicaciones o “sobreparto” por realizar actividades que ponen en peligro su vida.

Las parteras, fajan o masajean a las madres para ayudar a que los huesos vuelvan a su lugar, pues consideran que los huesos se han abierto durante el parto para permitir el paso del niño.

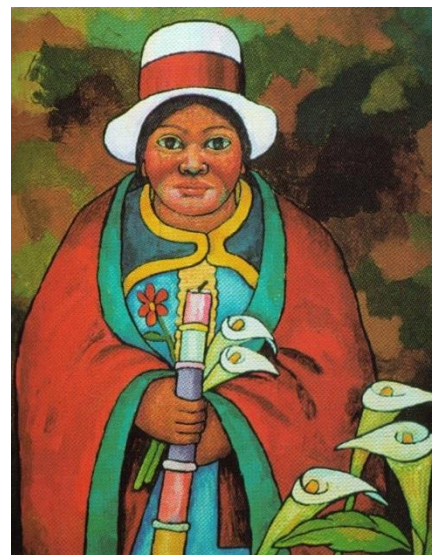
2.2.3 Situación de la Maternidad en la Región Andina del Perú

En los remotos pueblos del interior del país, las mujeres en labor de parto son comúnmente alentadas a “ser valientes”, ya que quizás es la única forma de enfrentar un evento momentáneo que se lleva a cabo sin ninguna forma de atención especializada.

Si la mujer es valiente, no le pasará nada malo, dice una “comadrona” o “curiosa”, nombres con los que se les llama a las parteras en la región andina del Perú. Sin embargo, en algunas poblados, la familia de la madre gestante no recurre a ningún tipo de ayuda y ellos se encargan de la atención del parto.

Pero se requiere más que coraje para tener un parto exitoso. La mayoría de las mujeres andinas no recibe atención médica hasta el momento del parto.

La mayoría de las mujeres andinas no conocen ningún método anticonceptivo, tienen temor a la medicación artificial que les proporcionan.



“RHUAYOC”

Adolfo Sardón Abarca

Más de la mitad de los partos en áreas rurales se lleva a cabo en el hogar de la madre, con sólo la asistencia de un familiar o de una partera local. Esto, combinado con la

extrema pobreza y analfabetismo, da como resultado una de las peores tasas de mortalidad materna en el mundo.

Los establecimientos de salud en la comunidad andina, se enfocan a la atención preventiva para niños y emergencias. Para los servicios de Planificación Familiar, Controles Prenatales y seguimiento de enfermedades, se suele acudir al Centro de Salud o al Hospital en el pueblo o en la pequeña ciudad en la que se realiza la feria semanal. Al tomar esta actitud, la población está buscando discreción, debido a la poca privacidad, evitando que el pueblo se entere del motivo de la visita a la posta del lugar.

Además el acudir a un centro de salud, implica para ellos una cadena desconocida de cobranzas y obligaciones que no saben dónde terminará. También se sienten excluidos de las intervenciones, sienten que pierden el derecho a decidir sobre su familiar.

La situación de la mortalidad materna en la región andina del Perú, es crítica debido al alto porcentaje de analfabetismo de las mujeres, al poco grado de instrucción, ya que la mujer andina se encuentra en una situación de marginación, adjetivo que se le ha adjudicado de generación en generación. Las barreras geográficas, lingüísticas y culturales elevan el índice de mortalidad materna andina.

Las principales causas de mortalidad según el MINSA son las hemorragias, infecciones, Hipertensión inducida por el Embarazo, Aborto, TBC, Parto Obstruido.

2.2.3.1 El parto en la vida de los Andes

Un conjunto de creencias mágico religiosas guían el proceso del parto. En los Andes, es tradición que los hombres ayuden a sus



esposas durante el parto. En el caso de que la mujer esté sola, ella se hace cargo y se lava en el río.

“MUJER Y NIÑO”
Rocha Guzmán

En la gestación, las mujeres andinas aprecian que el desarrollo del parto se produce en el útero, en el ovario o en la barriga. Sin embargo sus actividades no cambian, sino hasta el octavo mes donde disminuyen o interrumpen las tareas de pastoreo.

Muchas parteras realizan “el suy suy”⁴⁵ durante la gestación mediante el “chumpi”⁴⁶, diagnostican el embarazo a través del pulso y por medio de la inspección y palpación del vientre pueden afirmar si será niño o niña.

Los partos se desarrollan en un cuarto de la casa de “la parturienta”. Es un cuarto aparte, algo discreto, donde no molesta el ruido de los niños ni de los animales, ya que consideran que el ruido podría detener las contracciones y el trabajo de parto. Si la familia cuenta con una cama o catre, el parto se atiende allí, de lo contrario, el parto se realiza en el suelo sobre cueros y pellejos.

Si existen espacios abiertos, se cubren con ponchos y mantas para no permitir el ingreso del frío o del viento.

Los días previos al parto las mujeres siguen realizando las mismas actividades en el campo, mientras que el esposo se encarga de alistar el carnero para la celebración del nacimiento. Durante el parto, se encuentra la partera, la madre gestante y su esposo, mientras los familiares en otra habitación, chacchan⁴⁷ coca.

El pensamiento andino, prioriza el calor en el ambiente, aunque haya humo u esté sucio, así como la cercanía y hasta el contacto directo con la tierra, porque “éste es el lugar de la pachamama, quien protegerá a la parturienta y al bebé”. Por ello, tanto el cordón

⁴⁵ Suy Suy: del vocablo quechua que significa acomodo fetal realizado por los esposos o por las parteras.

⁴⁶ Chumpi: del vocablo quechua que significa pequeños y suaves sacudones realizados por las parteras para el acomodo del feto.

⁴⁷ Chacchan: del vocablo quechua que significa masticar la coca.

umbilical como la placenta, son enterrados y/o quemados, ya que en sus creencias, esta costumbre obedece a que la tierra seca y cocida evitará que la madre presente fiebre, o que “el útero salga en busca del niño”.

Después del parto, las parteras atienden a las madres para “recomponer el cuerpo”, sobando y jalando sus dedos. Cuando están graves las envuelven como a una “guagua”⁴⁸, las amarran con una faja y les proporcionan ciertas hierbas medicinales para que recuperen las energías perdidas.

2.2.4 Situación de la Maternidad en la Región Amazónica

La concepción de salud está relacionada con el mundo cosmogónico de cada grupo social. Un problema persistente son las uniones y los embarazos precoces. Los regímenes reproductivos de la población selvática alientan la procreación de muchos hijos, al mismo tiempo que se maneja conocimientos sobre una serie de plantas con supuestas propiedades anticonceptivas, como el jengibre o el piripiri y algunos conocimientos precarios sobre los métodos anticonceptivos.⁴⁹



Gilberto Torres Paredes

Muchas acuden a los centros de salud y aceptan los métodos anticonceptivos artificiales que se les sugiere. Sin embargo, no pierden el temor y la vergüenza al

⁴⁸ Guagua: del vocablo quechua que significa bebé o niño.

⁴⁹ “El Parto de la Vida de los Andes y Amazonía del Perú” - Ministerio de Salud.

acercarse a estos puestos de salud, ya que sienten invadida su privacidad, razón principal por la que prefieren dar a luz en sus hogares.

La Selva es también una zona de procesos rápidos de cambio socio-económicos y de aculturación de los grupos nativos.

En cuanto a la situación de la mortalidad materna en la región amazónica del Perú, es crítica debido al alto porcentaje de analfabetismo de las mujeres, al poco grado de instrucción, ya que la mujer amazónica se dedica exclusivamente a cuidado del hogar, de los hijos, de los animales y de los sembríos.

La tasa de mortalidad infantil, es también crítica, empezando desde el momento del nacimiento en donde el niño es dejado a un lado para atender primero a la madre. Muchos de estos niños no reciben controles después de su nacimiento.

El grado de desnutrición y de enfermedades en los niños es elevado, profundizándose más por la falta de higiene de la población, quienes lavan sus vestimentas y se bañan en los ríos, sin conocimiento de que los ríos son una fuente inagotable de bacterias que perjudican su salud.

Las enfermedades más comunes en esta región del Perú son la diarrea, el paludismo, la parasitosis, reumatismo, enfermedades émicas como el “aire” y el “susto”, amenazas de aborto y hemorragias.

La escasez de recursos económicos ha hecho que sus principales tratamientos consistan en preparados con plantas medicinales, con propiedades curativas proporcionadas por el poder de la Naturaleza.

2.2.4.1 El parto en la selva

Consideran que las enfermedades dependen de la influencia sobrenatural y que el contacto de una persona puede influir en la salud del niño.

“Las embarazadas también no deben tocar al bebito porque va a pujar, comienza a pujar y comienza a llenarse de gases...El brujo dice, este niño tiene problemas desde que le ha nacido, después que ha nacido le ha chocado el aire. Entonces, ellos le darán algunas medicinas, ha tomado y desaparece y nos cuenta que ya está mejor así” (Celestina, técnica de salud aguaruna).⁵⁰

Durante el embarazo, las mujeres continúan con sus labores cotidianas pero se cuidan de los esfuerzos excesivos, de levantar peso y se cuidan del calor el cual les produce inflamaciones y del frío el cual les produce malestares. Además, al igual que la mujer andina, consideran que los antojos no satisfechos conllevan al aborto.



“MA” MADRE SELVÁTICA”

Alfonso Ríos Pandero

⁵⁰ Testimonio. “El Parto de la Vida de los Andes y Amazonía del Perú” - Ministerio de Salud

La gestación es la época por excelencia durante la cual la mujer se cuida para tener un buen parto. Las mujeres de la selva, se someten a los masajes prenatales, que consisten en movimientos que la “partera” y la “sobadora” realizan con las manos a los costados del abdomen, utilizando sustancias cálidas de animales para eliminar el frío.

El parto se desarrolla en la vivienda de las parturientas, en un lugar que garantice abrigo y privacidad.

En la población amazónica, la atención de los partos está dada tanto por las parteras como por las familiares de la madre gestante, y en algunos casos las mismas madres gestantes atienden sus partos. Para ellas los nacimientos son “eventos de mujeres”.

Para las curaciones, las parteras emplean diferentes plantas medicinales y emplean otros recursos como cantos y el “chupado” para eliminar las enfermedades y “botar el espíritu” malo del cuerpo de las mujeres.

3. Evolución de los Métodos de Atención Madres Gestantes

3.1 Psicoprofilaxis ... La Historia



Los cursos de preparación al parto son relativamente recientes en la historia de la obstetricia. Su origen se remonta al año 1900 en Inglaterra. Hasta ese momento, la medicina oficial se había preocupado

muy poco de la obstetricia, se daba a luz en casa, con ayuda de la comadrona y los consejos maternos.

“MATERNIDAD”
Joan Miró

El parto era un acontecimiento frecuente, natural y, sobre todo, instintivo. Por una parte, la familia rodeaba a la mujer para reconfortarla y, por otra, una simple complicación no atendida a tiempo, podía poner en peligro la vida de la madre y de su hijo.

Cuando la medicina empezó a ocuparse un poco más del embarazo, se planteó el problema de la asistencia materno-fetal para aliviar los dolores del parto. La tasa de mortalidad, reducida a mínimos en Occidente, demostró el gran éxito obtenido en este campo. Sin embargo, las mujeres tuvieron que pagar el precio de este progreso: dejar sus casas y acudir al hospital, estar en un lugar anónimo y sujetas al estricto control del personal sanitario, obligadas a adoptar una posición determinada para dar a luz. Toda una revolución. Es pues, en este momento que se plantea la idea de ofrecer a las mujeres la posibilidad de vivir la experiencia de traer al mundo a un pequeño ser como protagonista y en un clima sereno.

Por ello, en los cursos de preparación al parto se ofrece una ocasión excepcional de aprender las técnicas para hacer que el momento del parto sea percibido como un momento único y no como un momento para olvidar ya que el dolor es demasiado intenso, así como conocer las técnicas para procurar los primeros cuidados al recién nacido. Además a los futuros padres se les enseña a conocer más profundamente las preocupaciones de sus parejas y prepararles para presenciar el momento del parto y ser de utilidad para la mujer. Existen diversos métodos, cada uno inspirado en una filosofía diferente, pero todos con el objetivo de proporcionar confianza y capacidad de auto control a la mujer para que afronte el parto sin demasiada ansiedad.

LA RESPIRACIÓN AUTÓGENA

Es el método más extendido. Fundado en técnicas de respiración y autosugestión, tiene por objetivo deshacerse de las tensiones emotivas y musculares que acompañan a las situaciones estresantes. A partir del séptimo mes de embarazo, las mujeres aprenden, mediante ejercicios repetitivos, a focalizar su atención en sensaciones placenteras y a controlar sus músculos con la ayuda de ejercicios de respiración amplios y profundos, parecidos a los del sueño. Durante el parto, si los ejercicios están bien hechos, se revelan importantísimos para atenuar el dolor y coordinar el esfuerzo de expulsión y la respiración para recuperarse entre contracción y contracción.

EL YOGA

El término deriva del sánscrito "yuj", que significa "unir", haciendo referencia a la integración perfecta entre el cuerpo y el espíritu de una persona adulta y estable. Su objetivo está definido ya por su nombre, y es que se trata de una actitud psicofísica, un arte anclado en la historia antigua del ascetismo indio.

Durante el transcurso del embarazo, las posturas de yoga sugeridas a partir del quinto mes, son útiles para tonificar toda la musculatura del esqueleto y, en particular, la zona dorsal y pélvica, lo que será muy útil en el momento del parto.



Los movimientos suaves y rítmicos de la respiración inducen la relajación del espíritu y el cuerpo de la mujer que se prepara para dar a luz. Su parto será más fácil y su recuperación menos difícil.

Además existen otros métodos como la gimnasia en el agua, el parto activo o la hipnosis, que tienen por objetivo la restitución de los movimientos instintivos de la mujer y sus posturas naturales. Naturalmente será cada mujer la que elegirá el método más conveniente siguiendo las indicaciones de su ginecólogo, ya que pueden existir ciertas contra indicaciones y que explicará claramente los beneficios de cada uno de los métodos. Para que el alumbramiento sea un éxito total, debe consagrar un poco de tiempo cada día a los ejercicios aprendidos en los cursos de preparación al parto y a la concentración. En cualquier caso, será en la sala de partos en la que la verdad saldrá a relucir : el miedo, la angustia, la inseguridad, la percepción lenta del tiempo, la débil capacidad de escuchar las indicaciones del médico y la comadrona.

Pero, quien ha sabido vivir el embarazo con confianza y responsabilidad, con los cuidados y la atención de su pareja y en un ambiente sereno, será capaz de apretar los dientes y vivir con toda alegría un momento único y maravilloso.

3.2 Ejercicios prenatales

".....la habilidad inconsciente de hacer contacto es innata. Primero es manifestada en la relación madre-niño. La facultad de volverse uno, como el bebé con su madre, puede ser aprendida y experimentada....."



Existen varios tipos de clases de parto para embarazadas. Las filosofías más conocidas que respaldan estas clases son las de Lamaze y Bradley, sus creadores. Aunque existen otras (la técnica de Alexander, alumbramiento con hipnosis), utilizan

elementos de ambas y alientan la participación del compañero durante el trabajo de parto y alumbramiento.

“MATERNIDAD”- Gerda Alexander

El hospital o centro de salud puede proporcionar diferentes tipos de cursos prenatales para la madre y su pareja. Estas clases ayudan a preparar a ambos en las múltiples decisiones que tendrán que tomar, por ejemplo: cómo saber si algo anda mal, si está bien hacer ejercicio o cómo reconocer cuando el trabajo de parto ha comenzado.

Aunque cada enfoque varía, el objetivo general de los cursos prenatales es proporcionar a la madre el conocimiento necesario, y así disminuir sus temores y capacitarla para tomar decisiones fundamentadas. Muchos enfoques enseñan a la madre técnicas que no requieren drogas, como la respiración rítmica, a fin de minimizar el dolor y la incomodidad en la parte final del embarazo, trabajo de parto y parto.

EL MÉTODO BRADLEY

Es un enfoque de educación que prepara a la madre para un parto que requiere un mínimo de anestésicos o drogas y promueve el rol de asistente para el padre. Este método lleva el nombre de su fundador, el médico Robert A. Bradley (1917-1998), a quien se le reconoce el haber enviado a los padres de nuevo a la sala de partos.

Es un enfoque de parto natural que consiste en educación prenatal, técnicas de relajación, y participación de la pareja. La meta del entrenamiento en el método Bradley es asegurar un parto seguro con menos dolor y ansiedad. Alrededor del 90% de las parejas que usan el método Bradley tiene un parto natural, sin medicación.

Este método busca que tanto la madre y el padre estén preparados para el momento del parto, por lo tanto los capacita para:

- Nutrición prenatal.
- Cambios y molestias físicas asociadas con el embarazo.
- Técnicas naturales para minimizar las molestias y el dolor.
- Lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y parto.
- Técnicas de pujado.
- El asistente o el rol del padre.
- Planificación del parto.
- Complicaciones del embarazo.
- Formación de lazos afectivos con su bebé.
- Preparándose para su nueva familia.

MÉTODO LAMAZE

Es un enfoque de educación para el parto que prepara a la madre para un parto que requiere un mínimo de anestésicos o drogas. Este método lleva el nombre de su fundador, el médico francés Fernand Lamaze (1890-1957).

El método Lamaze, el cual motivaba tanto a las madres como a los padres a tomar parte activa en el nacimiento del bebé, se hizo popular en los Estados Unidos en la década de los 60. El método promovía técnicas de respiración, relajación y masaje que ayudaban a reducir el dolor y la ansiedad de la madre embarazada, minimizando así la necesidad de utilizar anestesia o drogas.

En la actualidad, aproximadamente una de cada cuatro madres embarazadas en los Estados Unidos participa en un curso Lamaze. El curso típico, que comienza en el tercer

trimestre, proporciona por lo menos 12 horas de instrucción para la mujer embarazada y su asistente o pareja y cubre los siguientes temas:

- Trabajo de parto, parto y posparto normales.
- Técnicas de masaje para aliviar el dolor.
- Alivio durante el trabajo de parto.
- Destrezas de relajación y respiración
- Apoyo y asistencia para el trabajo de parto.
- Habilidades comunicativas.
- Posibles problemas durante el parto.
- Aspectos sobre lactancia materna y crianza de los hijos.

EL MÉTODO FRIDA KAPLAN

El Método Frida Kaplan surge a partir de la investigación por más de 10 años sobre trabajos corporales provenientes de la Eutonía y de su aplicación específica durante el embarazo y parto.

Estos trabajos hoy sistematizados en el Método Frida Kaplan, están destinados a mujeres y a parejas embarazadas interesadas en aprender a incrementar el contacto, ampliar la conciencia y aumentar la confianza en ellos mismos

El objetivo es facilitar el aprendizaje para favorecer:

- El contacto con uno mismo.
- El contacto con la pareja
- El contacto de ambos con el bebé
- El uso de la mirada interna
- La presencia del padre

- La toma de conciencia vivencial del espacio que habita el bebé y del espacio por donde pasará para nacer
- Aliviar zonas de dolor propias del embarazo
- Incorporar la emisión del sonido de la "o" que facilita la modificación del tono psico-físico.
- Aprender la dirección del pujo a través de la prolongación del cóxis
- Elevar el umbral del dolor

Es un hecho que la condición femenina lleva implícita la posibilidad de concebir, engendrar y parir. Nuestra anatomía está preparada para cumplir esa función. Saber qué hacer con el cuerpo aumenta la confianza en sí mismo permitiendo tanto al varón como a la mujer un mejor tránsito por el periodo de gestación y un mayor alejamiento de las situaciones de descontrol y desorientación durante el parto. Cuando se realiza el trabajo de parto con la mirada externa muy alerta y pendiente de la opinión del médico, partera, etc., se traslada la confianza a los demás. La inseguridad, el miedo, el descontrol, la parálisis, el "no sé", el "no puedo", entran a dominar a la mujer.

En cambio cuando la mirada interna está activa y despierta, aumenta el contacto con lo que está sucediendo, se prioriza el nacimiento del hijo y cuando eso sucede el dolor físico se convierte en un acontecer secundario. Además, permite realizar el trabajo de parto en contacto con la actividad que está realizando el hijo para nacer.

La mirada interna permite un mayor contacto con el "verdadero conocimiento", con esa parte nuestra "que sabe", y está comprobado que cuando se está en contacto con uno, con algo o con alguien surge creativamente lo que se debe hacer. Estar en contacto nos lleva a establecer una relación viva. Sabemos que existe una vida prenatal, y, el "ser", que en este periodo recibe el amor y la contención de sus padres tendrá una mejor calidad de vida. Vivir en contacto es poder vivir con amor...

El Dr. Thomas Verny y John Kelly explican, en el libro “La vida secreta del niño antes de nacer”, que el vínculo posterior al nacimiento es la continuación de un proceso vinculante que había comenzado mucho antes en el útero. El niño intrauterino lo único que quiere es un poco de amor y de atención, si los recibe todo lo demás, incluido el vínculo, se produce espontáneamente.

3.4 Historia del Parto en el Agua

A lo largo de la historia existen muy pocas pruebas concretas de que las culturas antiguas practicaran el parto en el agua a cualquier escala, pero se sabe que se ha usado en todas las culturas del mundo.

Hay leyendas que dicen que los antiguos egipcios daban a luz en el agua a ciertos bebés selectos. Estos bebés se convertían en sacerdotes y sacerdotisas.

Se dice que los antiguos súbditos del rey Minos en la isla de Creta usaban un templo sagrado para partos en el agua. El arte de los frescos en las ruinas de Minos representa delfines y su especial conexión con los humanos y el agua. Sólo se puede especular acerca de la conexión entre estas pinturas y sus creadores.

Los indios chumash de la costa central de California cuentan historias acerca de sus mujeres que pasan el trabajo de parto en los remansos de las mareas y ensenadas poco profundas a lo largo de la playa mientras los hombres de la tribu tocaban los tambores y cantaban.

El primer parto en el agua registrado en la modernidad, tuvo lugar en Francia en

1803. Una mujer que había estado en labor durante cuarenta y ocho horas encontró un alivio en su lento progreso sumergiéndose en el agua caliente.

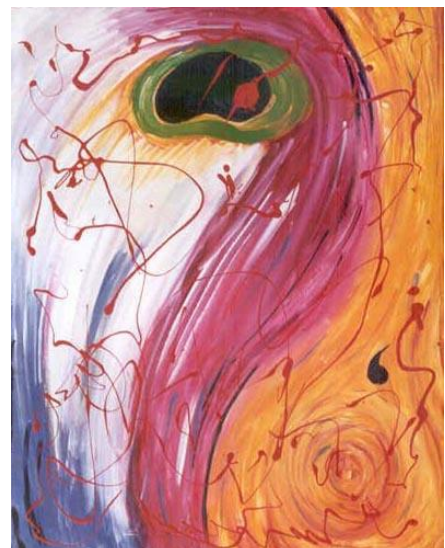
Después de estar breves instantes en el agua el bebé salió tan rápidamente que no tuvo tiempo de salir del agua para dar a luz a su bebé. Se han recogido informes posteriores sobre el parto en el agua hasta 1960, cuando comenzó a haber documentación sobre el mismo en la Unión Soviética.

Durante la misma época pero en Rusia, el Dr. Frederick Leboyer introdujo el concepto del baño caliente para el bebé después del parto. El bebé podía experimentar el agradable retorno al placer del mundo fluido que acababa de dejar.

Odent descubrió que cuando las contracciones de la mujer se vuelven más dolorosas y menos eficaces, el descansar en el agua caliente suele proporcionarles alivio, especialmente para las mujeres cuya dilatación no progresa más de cinco centímetros. En 1985 el Dr. Rosenthal abre uno de los pocos centros de alumbramiento en Estados Unidos que ofrecía a las mujeres la misma atmósfera, el Centro de Alumbramiento Familiar en Upland, California.

EL PARTO EN EL AGUA

La práctica acuática se centra en ejercicios de tonificación suaves, especialmente para el piso pelviano, el estómago y la espalda. Además de estos ejercicios se practica un período de relajación.



El agua caliente, durante el parto, reduce la producción de adrenalina, hormona que endurece el cuello del útero y retrasa la dilatación⁵¹. Es por ello que el agua, entonces, acorta el período de dilatación.

“EMBARAZO I”
María Delia Barril

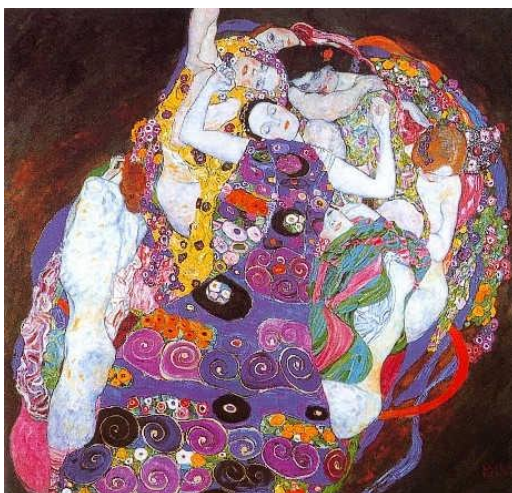
Además contrarresta la fuerza de la gravedad y reduce la estimulación sensorial, aumentando la producción de endorfinas, hormonas cerebrales que disminuyen la sensación de dolor y hacen olvidar el paso del tiempo. También relaja los músculos.

EL NACIMIENTO

En otras ocasiones, la mujer se halla tan relajada dentro del agua que realiza el expulsivo dentro de la bañera. En este caso el bebé, que está habituado a la inmersión en el líquido amniótico, entra directamente en contacto con un medio que le resulta familiar, de una forma no violenta y sin traumas. En segundos, se deja al bebé sobre el vientre de la madre para que ésta pueda darle un suave masaje mientras permanecen los dos dentro del agua.⁵²

3.5 Historia de la Cesárea

ANTECEDENTES



Aparece tempranamente en la cultura occidental formando parte de los mitos de la población, donde del resultado de este procedimiento nacían niños vivos de madres sanas.

(septiembre, 1999. Bs As. - Argentina)

Debe resaltarse lo incierto de los relatos, ya que no hay registros reales de mujeres que hayan sobrevivido a esta operación hasta el siglo XVI.

“LA VIRGEN”

Gustave Klimt

En la mitología griega Asclepius o Esculapio, dios de las ciencias médicas, nace del abdomen de su madre. Existen referencias sobre esta operación en antiguos relatos de la cultura egipcia, india y china.

SU SIGNIFICADO

Muchos consideran como “oscuro” el origen de la palabra cesárea. Se atribuye erróneamente a Julio César el haber nacido por cesárea ya que se sabe que su madre, Aurelia, sobrevivió al nacimiento de su hijo. Durante la época romana sólo se practicaba una cesárea para intentar salvar al hijo. Otra posible fuente es del verbo latín “caedere” que significa cortar. Durante los últimos 2000 años la cesárea ha cambiado su significado para las distintas culturas así como sus indicaciones y frecuencia.

LAS PRIMERAS PRÁCTICAS EXITOSAS

Se practicaba muchas veces para separar al niño de su madre moribunda y poder enterrarlo y bautizarlo, como ordenaban los preceptos religiosos. El primer reporte de una cesárea donde sobreviven madre e hijo proviene de Suiza. Alrededor de 1500, el granjero Jacobo Nufer efectúa esta operación a su esposa, recurriendo a conocimientos de su experiencia con animales. Probablemente el ámbito rural haya favorecido la supervivencia de las primeras operaciones reduciendo la tasa de infecciones al alejarse de los contaminados hospitales de la antigüedad donde los médicos trabajaban sin guantes y sin lavarse las manos.

CON LA LLEGADA DEL RENACIMIENTO...

Mejoraron los estudios sobre el cuerpo humano y se pudo acceder a una base científica para poder efectuar la cesárea con conocimientos anatómicos. Vesalio en 1543 describe con bastante fidelidad al aparato reproductor femenino. A principios de 1600 el clan

Chamberlain introduce el fórceps para extraer vivo al feto del canal del parto. Antes se recurría a la craneotomía resultando en la muerte segura del mismo.

Utilizaban alcohol de banana para desinfectar y para adormecer a la mujer, siendo el resto del procedimiento bastante similar al realizado en nuestros días salvo que no suturaban el útero. En esa época en Occidente tampoco lo hacían.

En la actualidad, se practica la cesárea cuando surgen complicaciones en el momento del parto o cuando se previó algún tipo de riesgo tanto para la madre como para el niño. Se trata de evitar por el tiempo que demora la recuperación post operatoria, sin embargo se practica con mucha seguridad en los centros hospitalarios adecuados.

CIRUGÍA FETAL INTRAUTERINA

La década de los noventa ha abierto una brecha significativa en el tratamiento de las malformaciones prenatales mediante la Cirugía Fetal. Se ha observado que los niños nacidos tienen pobres resultados terapéuticos o fallecen luego de tratamientos médicos efectivos a condiciones congénitas que puedan ser reparadas antes de nacer.

Hasta hace poco, las alternativas al tratamiento de malformaciones intrauterinas eran un aborto médico o había que esperar que nazca el niño para determinar su viabilidad.

Hoy en día, en base al diagnóstico prenatal podemos adelantar el nacimiento, determinar la forma en que va a nacer, donde va a nacer, y hasta en que circunstancias especiales ofrecer tratamiento médico o quirúrgico prenatal.

El diagnóstico se puede precisar con el uso de la sonografía prenatal, la cual no prevé riesgo alguno para la madre o el feto. Podemos definir las características genéticas del feto, tomando una muestra del vello coriónico de la placenta o de sangre directa del feto.

El riesgo de estas pruebas diagnósticas es más grande para el feto que para la madre. Ocurren complicaciones en 1-2% de los casos y consisten en parto prematuro y pérdida fetal. Una vez definido el defecto prenatal las alternativas terapéuticas pueden ser:

- **TERMINO DEL EL EMBARAZO:** opción en caso de malformaciones incompatibles.
- **CORREGIR EL DEFECTO LUEGO QUE FINALICE EL EMBARAZO:** es probable que la mayoría de los defectos intrauterinos se beneficien de esta alternativa dejando que el feto madure y se desarrolle a término.
- **CESÁREA EN LUGAR DE PARTO VAGINAL:** en la mayoría de los casos esto se debe a que la malformación fetal puede causar distocia (parto que no progresa vaginal). En otras ocasiones son embarazos que se planean terminar prematuramente y durante el parto el feto desarrolla angustia fetal.
- **INDUCIR PARTO PREMATURO:** existen condiciones donde el feto se beneficiaría de terminar el embarazo prematuramente. El principio básico es que si se continúa con el embarazo los efectos de la malformación van a ser determinantes en la vida postnatal del feto.
- **TRATAMIENTO MÉDICO INTRAUTERINO:** algunas deficiencias en el feto pueden ser manejadas intrauterinamente, se puede dar transfusiones de sangre u otros factores directamente al feto o a la placenta.
- **CIRUGÍA INTRAUTERINA:** las únicas malformaciones que caen en este renglón serían aquellas que interfieren con el desarrollo orgánico cuyo tratamiento quirúrgico haría un cambio significativo en las expectativas de vida del feto.

La cirugía intrauterina trae una serie de consideraciones de carácter ético-legal. Debe probar antes que la madre no recibirá daño alguno y podrá procrear en un futuro, que el tratamiento convencional postnatal no mejorará la calidad de vida, que el beneficio al feto sobrepasa el riesgo quirúrgico, y el riesgo de desarrollar parto prematuro sea mínimo.

3. **Conclusiones**

- La mujer rural peruana, propia de una cultura e idiosincrasia de acuerdo a la región en la que habita, se encuentra en una situación de marginación. La situación macroeconómica modificó y empobreció las condiciones de vida de la mujer dedicada al campo.
- La exclusión histórica de la mujer rural, obedece a ideas que han sido transmitidas de generación en generación. Reflejo de dicha exclusión es el tipo de cobertura que han proporcionado los servicios de educación y salud. A pesar de la generalización de la educación, no ha sido posible eliminar el analfabetismo femenino.
- En los remotos pueblos del interior del país, las mujeres en labor de parto son alentadas a ser “valientes”. Es quizá, la única forma de enfrentar un evento momentáneo que se lleva a cabo sin ninguna forma de atención especializada.
- La mayoría de las mujeres no recibe ningún tipo de atención hasta el momento del parto. Más de la mitad de todos los partos en áreas rurales se lleva a cabo en el hogar de la madre con solo la asistencia de un familiar o de una partera local.
- Un conjunto de creencias mágico-religiosas guían este proceso de parto. Es común, que los hombres ayuden a sus esposas a dar a luz, ya que para ellos es parte de una tradición. Si el hombre no está, cualquier mujer ayuda o en el peor de los casos la mujer embarazada se encarga de sí misma y da a luz sola.
- Las mujeres de la sierra y selva, tienen un acceso limitado a los servicios de educación y salud, situación atribuible en gran parte a las características del área geográfica y a las barreras que les imponen a los aspectos lingüístico y cultural.
- Un problema persistente son las uniones y los embarazos precoces. Los regímenes reproductivos de la población selvática alientan la procreación de muchos hijos, al mismo tiempo que se manejan conocimientos sobre una serie de plantas con supuestas propiedades anticonceptivas.
- La selva, es también, una zona de procesos rápidos de cambio socioeconómico y aculturación de los grupos nativos. Las mujeres viven en situación de gran vulnerabilidad.

La Salud, es un bien esencial, un derecho humano básico y un factor clave para el desarrollo.

“Es un derecho fundamental del ser humano y por lo tanto es un deber del estado respetar y promover el derecho a la protección de la salud de todas las personas”

OMS⁵³

La mujer es el pilar básico de la familia y principal responsable de la reproducción biológica y en la que recae mayor parte de los problemas relacionados con el proceso reproductivo.

La protección adecuada durante el periodo gestacional, resulta fundamental tanto para la madre como para el niño a través de distintas estrategias como

- Control prenatal.
- Atención adecuada del parto.
- Estimulación del desarrollo psico-social del niño
- Control de la salud infantil
- Vacunaciones

Los altos niveles de analfabetismo, desnutrición infantil y mayores tasas de mortalidad infantil son características de nuestras poblaciones.

La mayoría de las complicaciones maternas ocurren ya sea durante o poco después del parto. Aún así, muchas mujeres no reciben la atención esencial que su salud necesita durante estos períodos.

Cada año, 60 millones de mujeres dan a luz con la ayuda de una partera tradicional no capacitada o la de un miembro de la familia o sin la ayuda de nadie.

Entre los factores que impiden que las mujeres de los países en desarrollo reciban la atención vital que su salud necesita se encuentran:

- La distancia a los servicios de salud
- El costo, tanto el de transporte, medicamentos y suministros
- Demanda excesiva del tiempo de la mujer
- Falta de poder de decisión de la mujer dentro de la familia
- La baja calidad y el mal trato en los servicios de salud.

⁵³ OMS: Organización Mundial de la Salud.

CAPÍTULO 5

PROYECTOS REFERENCIALES INTERNACIONALES

1. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón - España



1.1 Arquitecto Rafael Moneo

“....Cuando observo un determinado contexto, escucho el murmullo del lugar, que incluye la topografía, las huellas de la historia y las aspiraciones de hoy en día....”

Rafael Moneo

Moneo está profundamente comprometido con los rasgos particulares de cada emplazamiento y programa, con ello aspira a alcanzar lo general y lo típico. Sensible a los temblores de un espíritu de época, reniega de todo determinismo. Se inspira en el

pasado, oscila entre la experiencia directa de lo existente y tiene un modo de reflexión más erudito y académico.

Fue protagonista de la saga de la Nueva Arquitectura Española ('80), siendo el primer arquitecto en alcanzar el reconocimiento en los foros internacionales de opinión. Es un ardiente defensor de la idea de que cada uno de sus edificios representa una respuesta singular a las condiciones en las que se enfrenta y suele evitar cualquier insinuación que esté formulando un lenguaje arquitectónico sistemático.

Piensa que sus obras se revelan como eslabones de una cadena de experiencias en los que se usan elementos recurrentes. Su arquitectura actúa en varios niveles, fundiendo en un todo los conceptos y formas. La producción real de Moneo, atestigua que bastante a menudo escoge un "tema" o un "tipo" y luego reinvestiga en distintos contextos y combinaciones.

La estrategia de diseño de Moneo consiste en encontrar una idea generadora que responda a múltiples aspectos del cometido y del entorno, y que establezca también una serie de directrices que haya que respetarse de ahí en adelante. A menudo da forma a estas ideas mediante croquis; a veces, estos son indicaciones bastante esquemáticas de la planta o la sección, otras veces anticipan una vista en particular.

Moneo ha hecho alusión a un método dialéctico y esto parece bastante apropiado, en donde la analogía y el razonamiento no se llevan demasiado lejos; y es que esta dialéctica trabaja con el pensamiento visual, con la imaginación espacial y con la intuición de las relaciones y su objetivo consiste en formar una totalidad compleja en la que las partes interactúen al tiempo que contribuyen a crear un sentido de unidad. Desconfía de los planteamientos minimalistas de diseño porque cree que pueden simplificar en exceso los problemas.

La arquitectura de Moneo, revela varios niveles de respuesta, incluyendo reacciones a temas que son contemporáneos entre reacciones que se inscriben a una escala histórica mucho mayor.

Está fielmente comprometido con la idea de que la arquitectura está ahí para perdurar y que debería materializar los valores y conservarlos.

1.2 Historia

La Maternidad de O'Donnell tiene su antecedente remoto en la Casa de Maternidad de Madrid, cuyo origen se sitúa en torno al año 1837. Tras diversos cambios y traslados en 1856 se inaugura el Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología más conocido como Maternidad de O'Donnell.

Durante la década de los '70 el volumen asistencial fue espectacular, con un promedio de 12.000 partos anuales. El antecedente histórico del Hospital Infantil es la antigua Inclusa de Madrid en 1800. En la Inclusa se atendían a los niños que habían nacido en la Casa de la Maternidad. En mayo de 1969 se inaugura el Hospital Infantil y ya cuenta en ese momento con una capacidad de 50 camas. En los '80 se incorporan camas para Neonatología. Desde sus inicios, el Hospital Infantil se sitúa a la vanguardia en el desarrollo de la Pediatría y sus especialidades.

El paso del tiempo junto con la ingente actividad asistencial llevada a cabo desde sus inicios se tradujo en la necesidad de nuevas instalaciones capaces de integrar la Maternidad y el Hospital Infantil. En 1999 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, decide derribar el antiguo edificio de la Maternidad para dar paso al nuevo Hospital Materno Infantil.

La primera piedra del Hospital Materno Infantil se coloca en septiembre de 2000, iniciándose en diciembre de ese mismo año las obras del nuevo Hospital Materno Infantil, cuya construcción terminó en abril de 2003.

1.3 Concepto

Con la apertura del nuevo Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, prevista para el 2003, culmina una de los proyectos más importantes del Gobierno de la Comunidad de Madrid. Un hospital de tercer nivel, dotado de personal calificado y tecnología de vanguardia, donde el paciente es el eje fundamental alrededor del cual se ha diseñado toda la actividad hospitalaria.

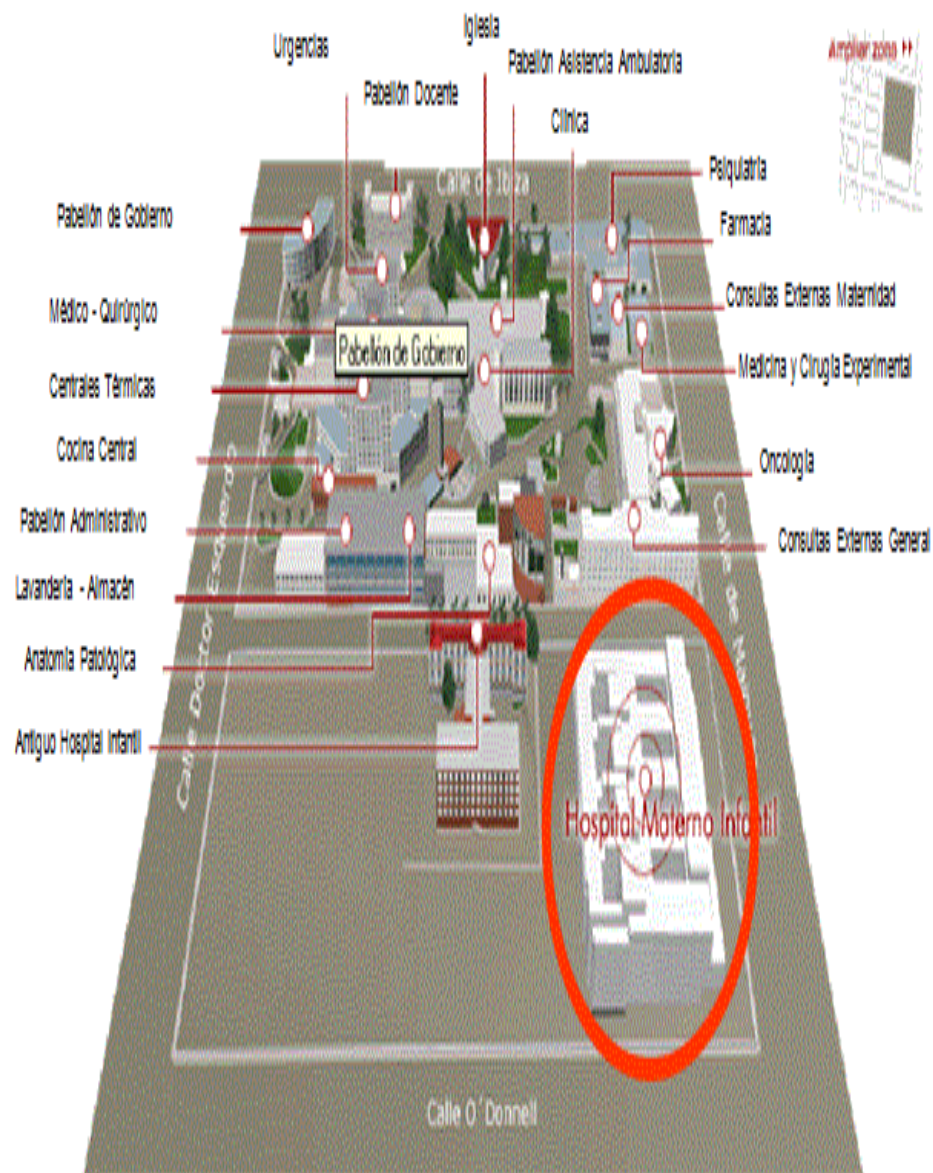
El nuevo centro brindará una atención integral a las mujeres y niños del Área Sanitaria 1 de la Comunidad de Madrid, ofertando una amplia cartera de servicios que aporta junto a las especialidades clásicas, programas asistenciales innovadores.

Un edificio singular que integra en una sola estructura las peculiaridades históricas la antigua Maternidad de O' Donell y el Hospital Infantil en una construcción de 9 plantas iluminadas desde los patios interiores, donde se ofrece una cálida atmósfera de reposo y privacidad a los pacientes y familiares.

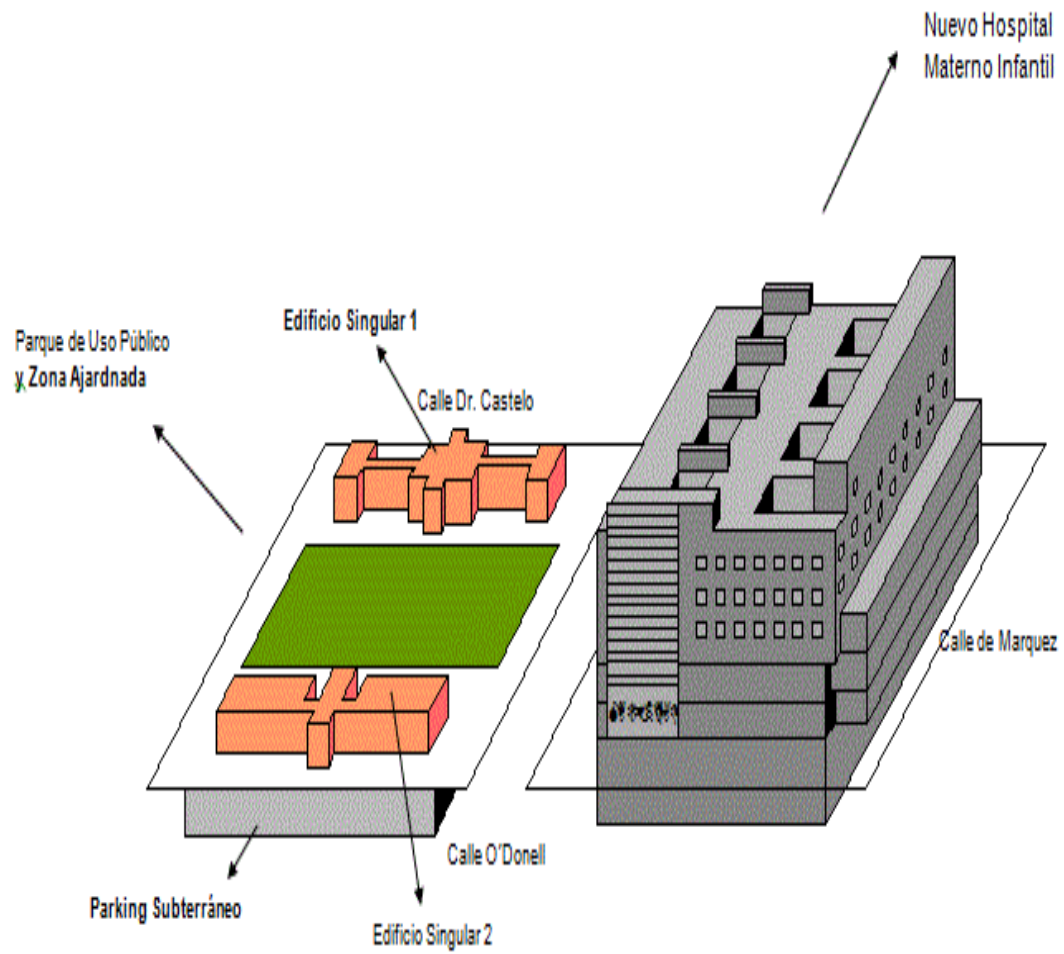
Un nuevo hospital que debe ser centro de referencia dentro y fuera de nuestra comunidad en las especialidades de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, servicios asistenciales que tendrán mayor auge en este siglo.

1.4 Ubicación

El Hospital Materno Infantil, forma parte del Complejo Hospitalario Gregorio Marañón, uno de los mayores de Europa y está ubicado en el distrito de Retiro de Madrid. El centro dispone de entradas específicas para el Hospital Infantil (acceso calle Dr. Castelo) y la Maternidad (acceso calle O'Donnell), además de una entrada común al servicio de urgencias (acceso esquina calles Marquez y O'Donnell).



-FORMA PARTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO GREGORIO MARAÑÓN



Edificio Singular 1:

Se mantiene el edificio que albergaba al antiguo Hospital Infantil.

Edificio Singular 2:

Se mantiene el edificio que alberga dependencias de la Consejería de Sanidad.

1.5 Descripción del proyecto

Con la apertura del nuevo Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, se logra la creación de un edificio singular dentro de un proyecto urbanístico mayor, consistente en la ordenación de la manzana en la que se ubica.

Este nuevo hospital, obra de los reconocidos arquitectos españoles, Rafael Moneo y José María de la Mata, integra en un edificio único dos hospitales, la Maternidad y el Hospital Infantil, conservando las peculiaridades de cada uno de ellos.

La edificación ha sido concebida para conferir la mayor funcionalidad posible al centro, manteniendo la separación de circulaciones internas a la vez que comparte áreas asistenciales. Aprovecha el desnivel existente entre las dos esquinas opuestas de la construcción, y dotándose de accesos independientes en cada hospital.

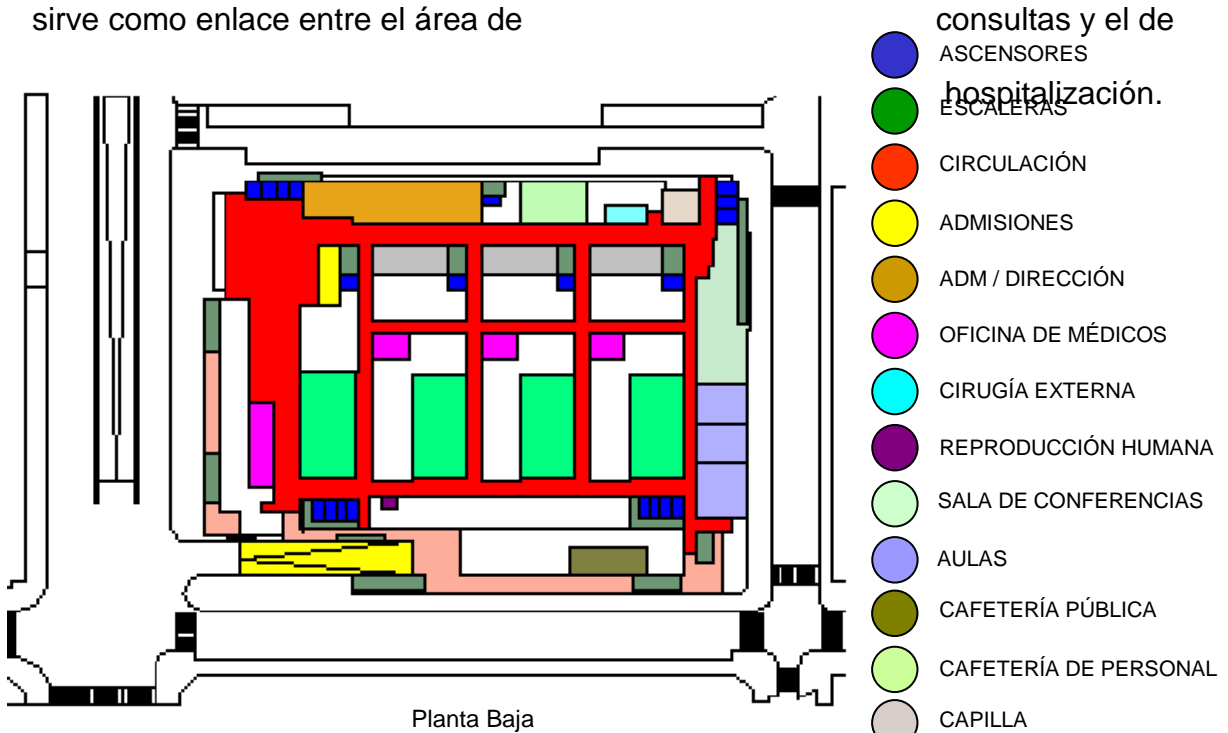
La segunda planta compartida, engloba los servicios centrales y actúa como enlace entre el área de consultas y el de hospitalización, comprendiendo esta última los tres niveles superiores. Las urgencias materno infantiles, compartiendo acceso rodado, quedan situadas en el primer sótano. Los dos hospitales, cuentan con plantas independientes para los servicios que le son específicos.

Todas las plantas del nuevo hospital son iluminadas desde los patios interiores, ofreciéndose una cálida atmósfera de reposo y privacidad a los pacientes y familiares que convierten a la luz en protagonista. La elección del material vítreo tanto en los patios como en el exterior confiere al edificio una sofisticada e higiénica imagen de la sanidad.

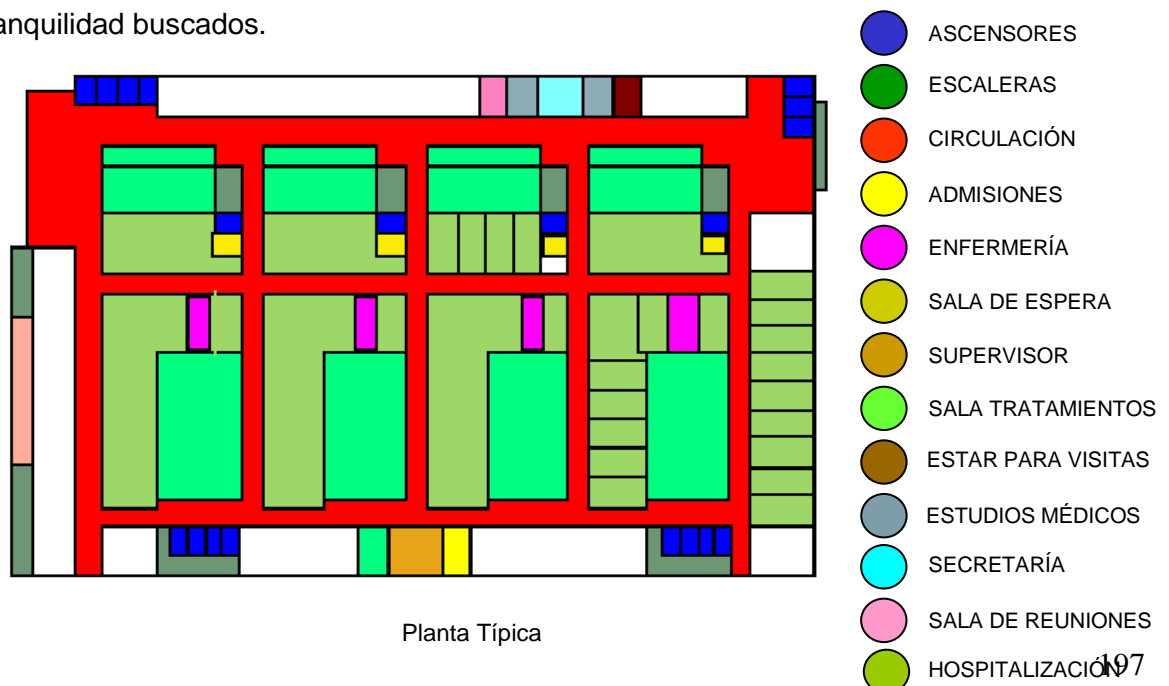
Un hospital diseñado en todos sus detalles para ofrecer aislamiento, tranquilidad y carácter doméstico, alejándolo de la imagen habitual de lo hospitalario y confiando a ello un mayor confort al paciente.

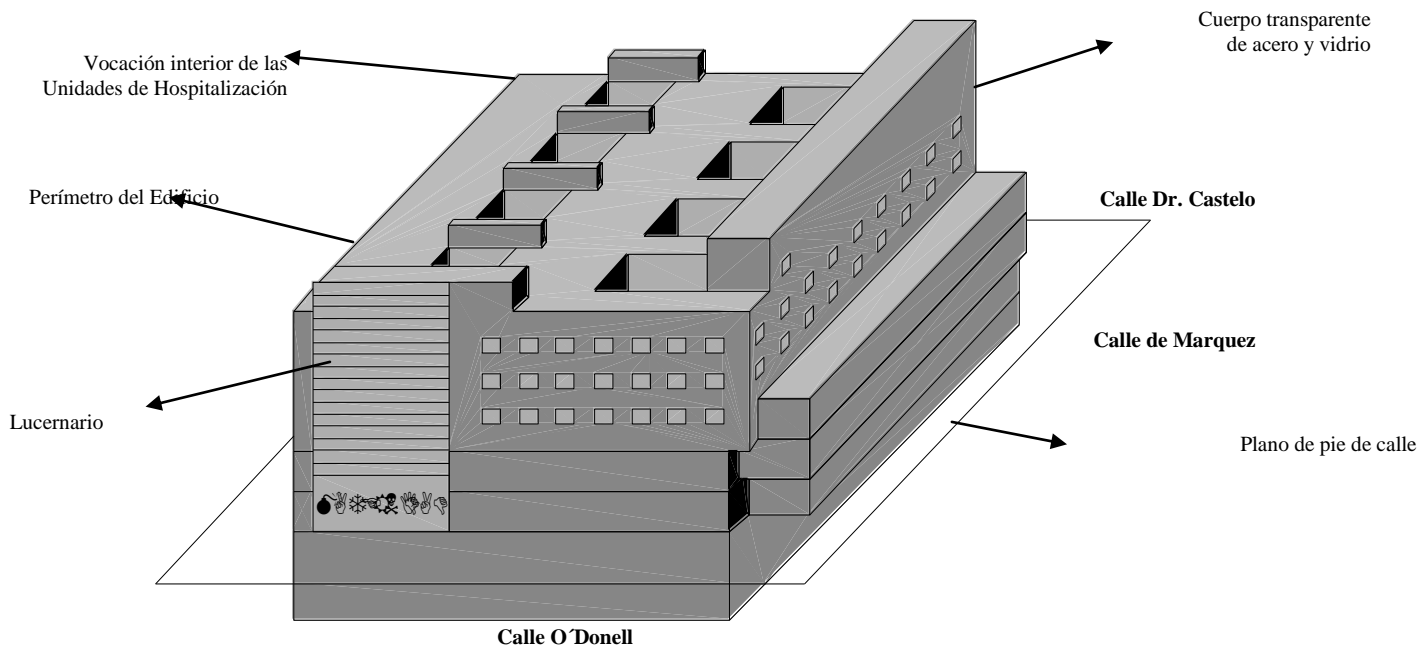
1.6 Análisis de planos

En la planta baja se encuentran los servicios generales de acceso público que sirve como enlace entre el área de



La agrupación de las habitaciones junto con los puestos de enfermería, constituyen las unidades de hospitalización volcadas a los patios, proporcionando el aislamiento y tranquilidad buscados.





-Vocación interior de las Unidades de Hospitalización: Tranquilidad de los pacientes.

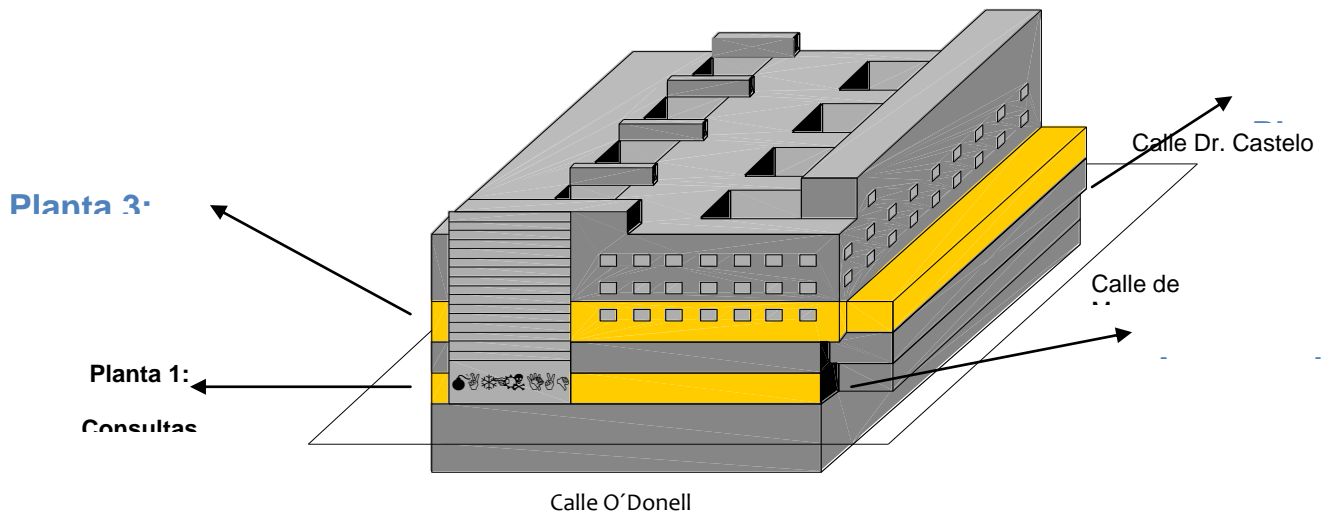
La luz entra a través de los amplios patios de luz.

-Perímetro del Edificio: Locales de apoyo a la actividad médica y asistencial, que actúan como aislantes de la tranquilidad interior.

-Lucernario: Zona acristalada donde se ubican amplias de sala espera.

-Cuerpo transparente de acero y vidrio: Material vítreo capaz de disolver el reflejo de la imagen, manteniéndose intacto el de la luz.

-Plano de pie de calle: Se aprovecha el desnivel del terreno para separar los accesos a nivel de calle y sistemas de circulación de los dos hospitales: acceso a la Maternidad por calle O'Donell y acceso al Hospital Infantil por la calle Dr. Castelo.

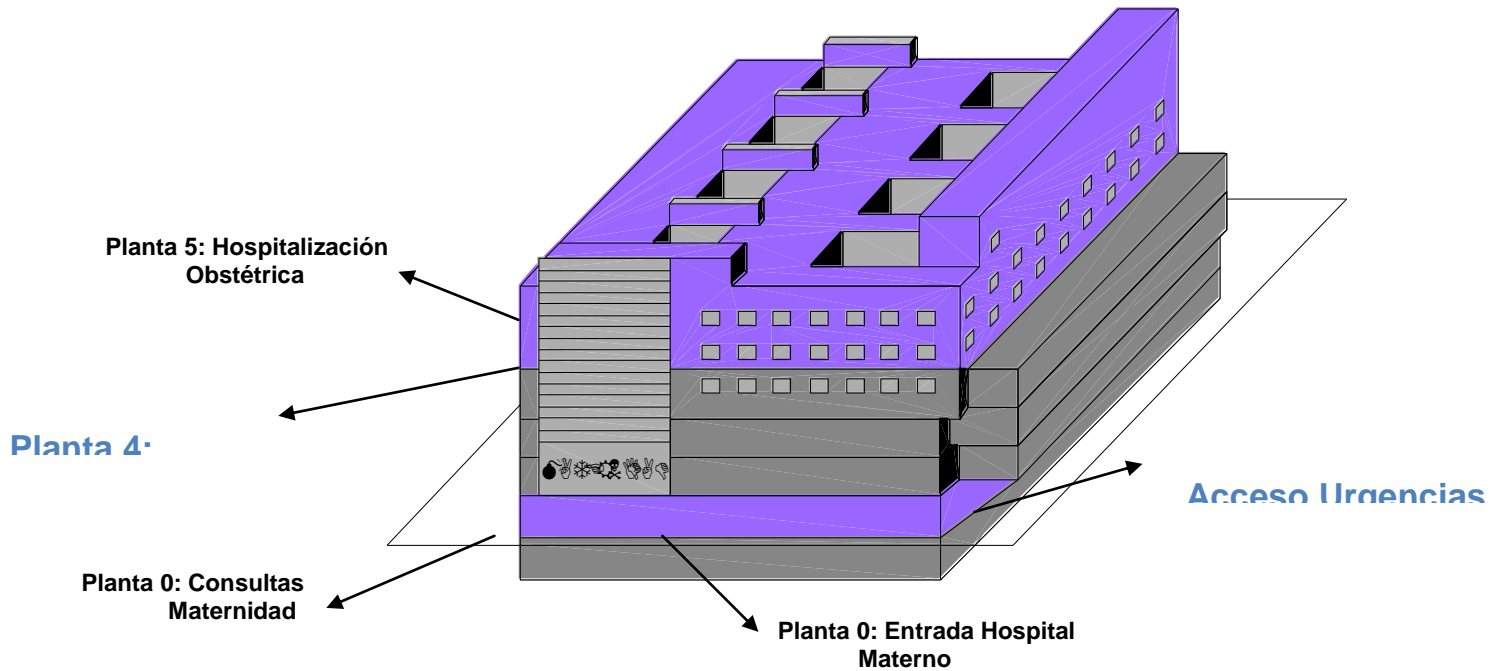


Planta 1: Consultas Infantil

Admisión, Consultas Externas, Pruebas Funcionales, Hospitales de Día (Cirugía, Pediatría, Nefrología y Oncohematología).

Planta 3: Hospitalización Pediátrica

Hospitalización Pediátrica, Cirugía y Traumatología Pediátrica, Oncohematología y Nefrología).



Planta 0: Consultas Maternidad: Administración, Admisión, Docencia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Actividad Ambulatoria Materna (Reproducción Humana, Seguimiento de Embarazo, Ginecología, Oncoginecología, Patología Cervical y Colposcopia).

Planta 4: Hospitalización Ginecológica: Obstetricia, Ginecología y Oncoginecología.

Planta 5: Hospitalización Obstétrica: Madre y recién nacido.

1.7 Programación

El Hospital M.I.G.M, pretende ser centro de referencia en cuanto al empleo de soluciones tecnológicas innovadoras dirigidas a prestar la mejor atención sanitaria.

El hospital cuenta con modernas instalaciones:

- 11 quirófanos
- 9 habitaciones-paritorio individuales
- 42 puestos de vigilancia intensiva
- 313 camas en habitaciones diseñadas para cada tipo de paciente

Equipamiento electromédico de alta tecnología:

- Resonancia magnética
- Hemodinámica
- Radiología intervencionista
- Ecografía tridimensional
- Tomografía computerizada helicoidal y Laboratorios informatizados

Se dotará de nuevas tecnologías en el área de informática y sistemas de comunicación:

- Infraestructura hardware de última generación
- Red de datos inalámbrica segura (Wireless) y Red Gigabit Ethernet
- Sistema de telefonía mixto analógico-digital (voz sobre IP)
- Nuevos sistemas de información: Radiología digital y sistemas de archivos de imágenes médicas informatizados (RIS y PACS), Gestor de Peticiones Clínicas, Historia Clínica de Urgencias, Estación Clínica de Enfermería; Historia de Neonatología y Obstetricia, Telecardiología.

- Programa de atención integral del niño hospitalizado.

1.8 Conclusiones

El Hospital pertenece al complejo hospitalario Gregorio Marañón, forma parte de una intervención mayor consistente en la ordenación del conjunto formado por la agrupación de tres “manzanas tipo” del barrio en el que se inserta.

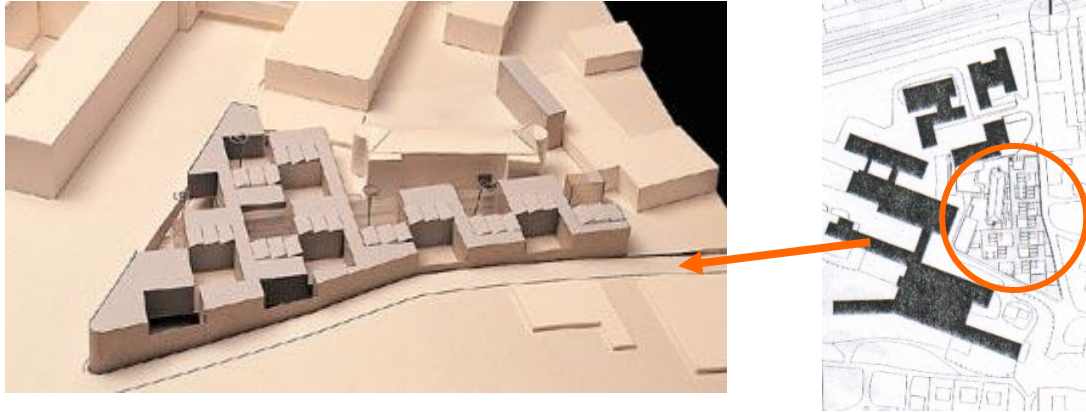
Una gran plaza sirve de conexión entre las antiguas y nuevas construcciones de la manzana. El hospital tiene en la vía de mayor tamaño y afluencia, su ingreso más representativo. Para ello, se mantiene respecto de su alineación y forma un cuerpo transparente de acero y vidrio que recoge tanto el acceso a la maternidad a nivel de la calle como las salas de espera de las plantas superiores.

En conclusión, en este proyecto se observa que el entorno condiciona el diseño del hospital, ya que la agresividad del entorno urbano determina la vocación interior de las unidades de hospitalización, generadoras de la estructura formal de unas plantas que acaban mostrándose densas y compactas.

El planteamiento integral del hospital responde a la exigencia interior de aportar luz natural tanto a las habitaciones como a la circulación. En cuanto a la estructura del hospital, es de estructura portante de concreto armado en las losas como en los paramentos verticales que favorecen el aislamiento acústico deseado. Esta obra de Rafael Moneo, se distingue por su racionalidad formal, conceptual y funcional, producto de las condiciones propias del entorno y el encargo. Situado en un sector anodino e hipodámico del Madrid Contemporáneo, su gran corpulencia cúbica responde al orden cuadrícula en la zona. Sus fachadas coinciden con la retícula urbana formando así un tejido básico y ortogonal que da uniformidad, claridad y consistencia a todo el vecindario.

2. Hospital Mediterráneo para la generación Cero - Croacia

2.1 NJIRIC + NJIRIC Arquitectos



“.....La arquitectura no se limita al contenedor físico, la arquitectura no tiene que ver con la apariencia física, se puede oír, oler y sentir, incluso hacernos estremecer.....”

Njiric + Njiric arquitectos

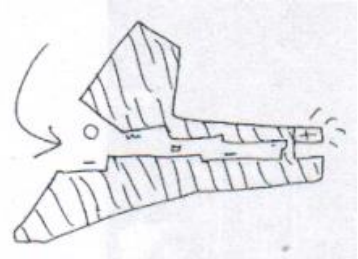
Este estudio de arquitectos está formado por los hermanos Helena y Hrvoje Njiric. Lo que ellos tratan de reflejar en su arquitectura es el hecho de poder expresar la situación contemporánea en el plano del concepto o la tipología más que en la forma (futurista). Ellos consideran que si estos métodos fallan, todavía queda la selección de nuevos materiales y envoltorios artificiales que el arquitecto puede aplicar para dar la “imagen” al proyecto. La lectura del contexto es siempre muy individual. Lo que es reconocible para ellos es lo que aprecian como algo evidente en el paisaje.

En muchos de sus proyectos se ven residuos, piezas fragmentadas y campos comprimidos. Esto se debe a que su trabajo suele hacer referencia a un volumen que no se muestra, un objeto que no está diseñado como artefacto; si no por el contrario, algunos de los proyectos se pueden leer como secuencias de plataformas que han sido comprimidas o aplanadas.

Buena parte de sus trabajos, han consistido en presentaciones a concursos, por lo que hay poca obra construida en la que se puedan ver las cosas resueltas. Siempre están planteando ideas, contando historias y todo ello suele reciclarse de un proyecto a otro.

2.2 Concepto

Los conceptos en los que se ha basado este proyecto son:

- **ESTRUCTURA FRENTE A CONTEXTO:** la eficacia social del enfoque estructuralista se modifica según la topografía existente, recortada a lo largo de los límites de la parcela.
- **GENOMA FRENTE A MUTACIÓN:** los temas heredados del Team X se someten a una mutación, produciendo toda una variedad de patios articulados. La configuración de estilo libre de los pabellones, permite adaptaciones a medida, plantas adicionales e imperfecciones constructivas: un toque balcánico.

- **HIBRIDACIÓN:** se trata de una combinación de la tipología residencial con la terminal aeroportuaria, una fusión de domesticidad y eficacia.

2.3 Descripción del proyecto

Es un proyecto muy diferente que surge en base a la combinación de muchos conceptos relacionados al tema madre y niño y que se adapta a la irregularidad del entorno.

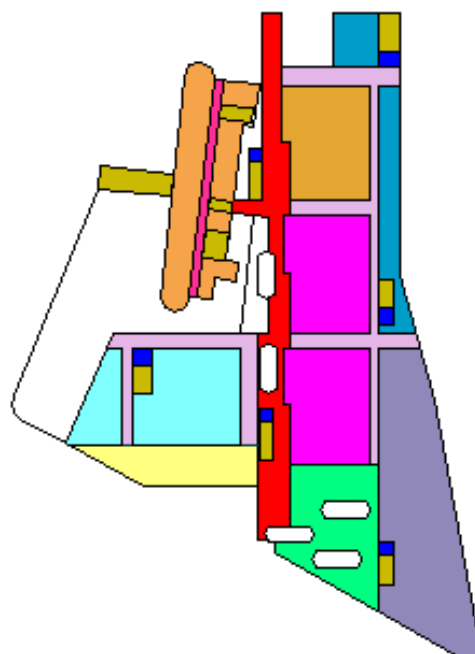
Se ordena en base a una circulación lineal y diagonal y a la sucesión de numerosos patios que proporcionan vistas, iluminación y ventilación a los diferentes espacios. Los espacios se distribuyen como pequeñas células a lo largo del eje de circulación, como pequeñas unidades y entidades, simulando una matriz.

Se utilizó el sistema de estera de Le Corbusier para el Hospital de Venecia. Ellos idearon un sistema de edificios entrelazados cuyos intersticios se convierten en pequeños patios. Sin embargo, en lugar de dejar esta organización básica como un sistema sin modular, los arquitectos atravesaron la estera con un eje lineal a lo largo del cual pueden desplazarse quienes no estén esperando para tener hijos o para cuidarlos.

Todo el edificio se inserta con gran cuidado en el entorno de la población e incorpora una pequeña capilla. El concepto es claro, un hospital entendido como una colección de refugios cerrados para la lactancia, ligados al mundo exterior y al soporte tecnológico; y la forma es sencilla, pero el resultado global es sumamente sofisticado en cuanto a la interpenetración de todas las piezas, desde los elementos funcionales a las imágenes evocadas por esas formas sencillas.

Este proyecto no se llevó a cabo ya que el ministro croata de Sanidad decidió cancelar el primer premio, legalmente concedido al proyecto, debido a su diseño inadecuado.

2.4

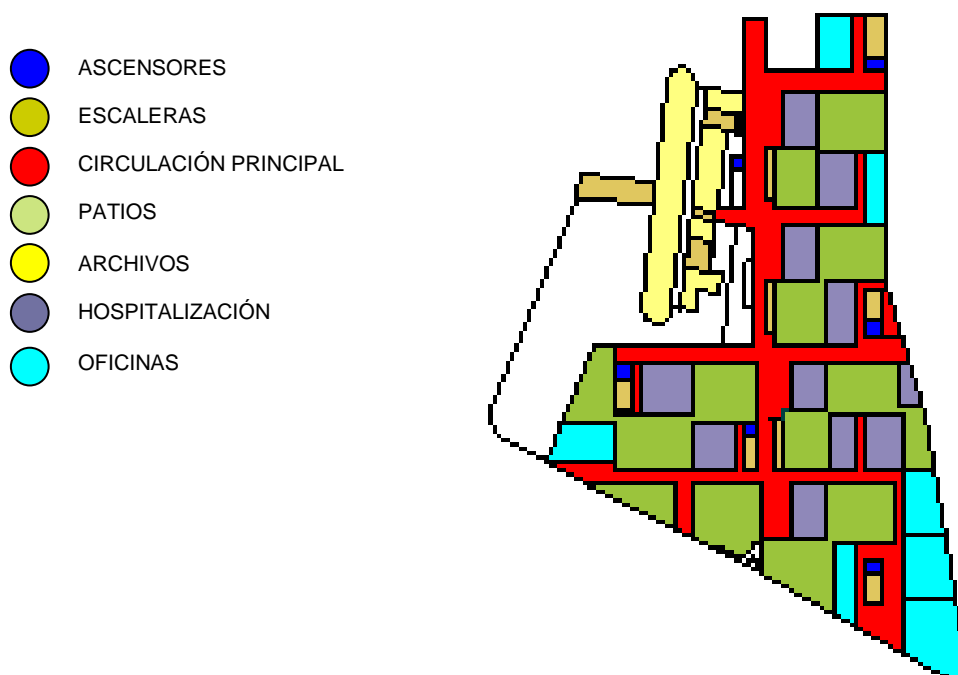


Análisis de planos

- ASCENSORES
- ESCALERAS
- CIRCULACIÓN PRINCIPAL
- CIRCULACIÓN SECUNDARIA
- BLOQUE DE CONSULTORIOS
- NEONATOLOGÍA
- OFICINAS
- BLOQUE DE OPERACIONES
- SERVICIOS
- GINECOLOGÍA
- ESTERILIZACIÓN
- LABORATORIOS

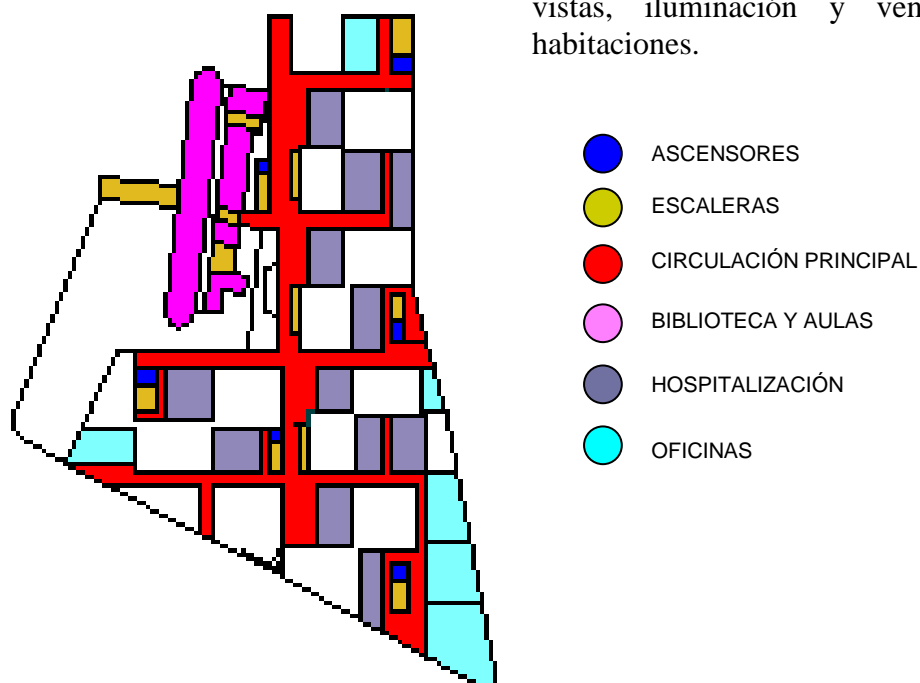
Planta Baja

El partido surge en base a un eje lineal del cual se ramifican numerosos espacios como especie de núcleos regulares que corresponden a las unidades de neonatología, obstetricia y ginecología. En esta planta también se concentran la mayoría de los servicios del hospital.



Primera Planta

En esta primera planta se nota con mayor claridad el concepto de matriz, en donde los núcleos que se disponen a lo largo del eje principal y que corresponden a las áreas de hospitalización. Estos núcleos se alternan a su vez con los núcleos de patios que otorgan vistas, iluminación y ventilación a las habitaciones.



Segunda Planta

La segunda planta corresponde a una planta típica a partir de la primera, los mismos espacios, en especial las áreas de hospitalización son recurrentes y se conservan los pozos de luz. Las bibliotecas y aulas son el elemento innovador en esta segunda planta, lo que hace referencia al área de investigación y docencia que el programa propone.

2.5 Conclusiones

Es una maternidad de tipo mediterráneo, es decir, baja introvertida, sumamente social y acogedora.

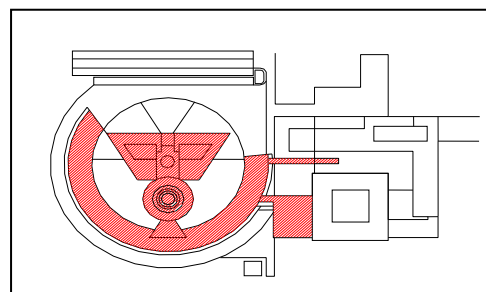
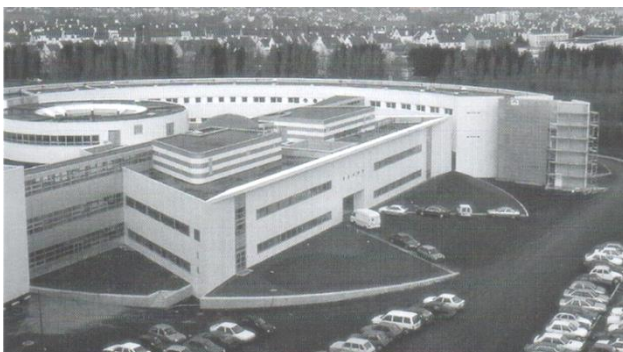
El esquema deriva de la falta de consistencia urbana de los campus hospitalarios. La construcción se organiza alrededor de una serie de patios interiores, perpetuando así el tema del jardín vallado.

Cada uno de estos patios es una entidad temática de vegetación local, ya que en ellos se encuentran adelfas, lirios, palmeras, olivos, conchas marinas, etc., además de reforzar la sensación de identidad y el sentido de orientación.

El caparazón exterior sigue los límites de la parcela, las fachadas de los patios crean animados escenarios vecinales, típicos de una ciudad mediterránea, de pequeña escala, informales e interactivos.

3. Pabellón de la Mujer y el Niño del Hospital de La Beauche – Francia

GAELE ET DOMINIQUE PÉNEAU ARQUITECTOS



Plan General del Pabellón Materno Infantil

Este pabellón forma parte de la extensión del Hospital La Beauche, al sur de Saint-Brieuc, Francia. Refleja de una manera figurativa el concepto de la maternidad y alberga al Servicio de Pediatría del hospital, los Servicios de Gineco-Obstetricia, Cirugía Pediátrica y al CAMSP (Centro de Atención Médica-Social Precoz).

3.1 Concepto

La concepción del proyecto estuvo a cargo del Atelier Péneau, encabezado por el arquitecto Dominique Péneau. Se caracteriza por un partido general que simula la “forma figurativa del embarazo”, expresión simbólica del programa que está formado por un cuerpo principal en forma de semi-arco, que recibe el nombre de “corona” que se apunta en un triángulo cuya punta está intersectada por una rotonda o “corazón”.

La corona, entonces, alberga al corazón de una manera metafórica como una madre hacia un hijo.

El “corazón” está unido por medio de puentes al antiguo hospital. Por ello, la solución de Péneau, en concebir la forma del pabellón corresponde a la yuxtaposición de las formas que permiten la presencia de amplios jardines albergados en los espacios que las curvas originan en el primer piso. El sistema estructural se caracteriza por ser un sistema de vigas y columnas, dándose de manera radial y regular, siendo una estructura flexible que permite una buena organización en el interior, respondiendo así a la exigencia del proyecto.

3.2 Descripción del Proyecto

Los puntos de circulación vertical en el edificio semi-circular, en la “corona”, permite el acceso a todos los niveles del proyecto. Sólo el personal médico tiene un acceso más directo y rápido a las áreas de cirugía por medio de las salas de espera de los consultorios de gineco-obstetricia.

Un detalle importante es que en el caso de las salas de parto, las cuales generalmente son habitaciones oscuras y cerradas, se hace una alteración al programa común y en éstas las paredes que dan a los pasadizos son vidriadas con paneles traslúcidos, que permiten solo el ingreso de la luz. La corona contiene los dos niveles de alojamiento tanto de gineco-obstetricia como a los de pediatría.

El edificio principal está destinado a los servicios de intervenciones médicas y está abierto para las consultas externas, la planta baja comprende el acceso al hospital, la zona de consultorios de pediatría y gineco-obstetricia. Además este hospital está inmediato al área de educación y planificación familiar, el CAMSP y el Servicio de Exploraciones Funcionales.

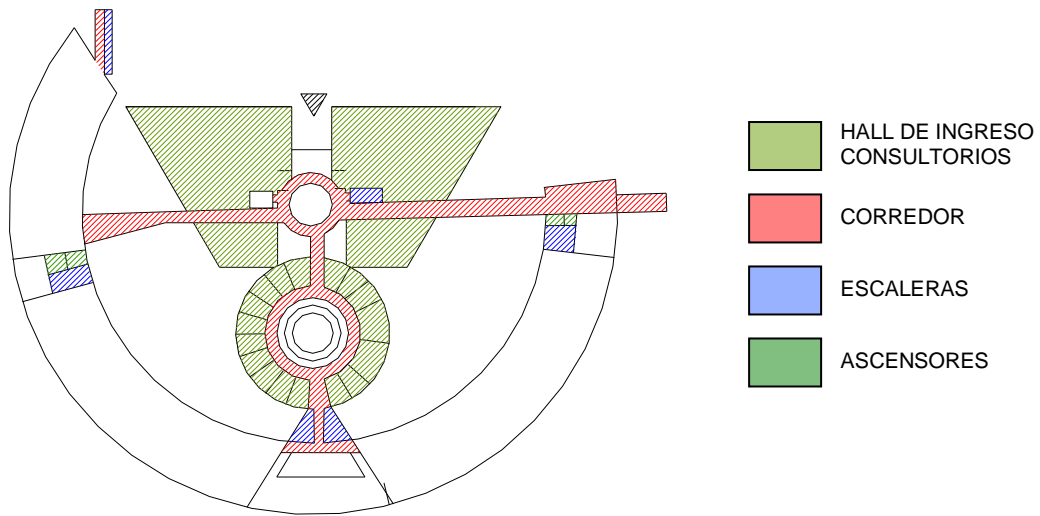
Las áreas de Reanimación Pediátrica Polivalente en la primera planta, y de la primera a la segunda planta están distribuidas las unidades infantiles, salones y juegos para los niños hospitalizados.

Una particularidad del programa, es la yuxtaposición de los Servicios de Neonatología a los de Maternidad, facilitando así la relación entre ambos pacientes a pesar de la hospitalización independiente de los recién nacidos.

Todos los consultorios como el CAMSP y el antiguo hospital son directamente accesibles desde el hall.

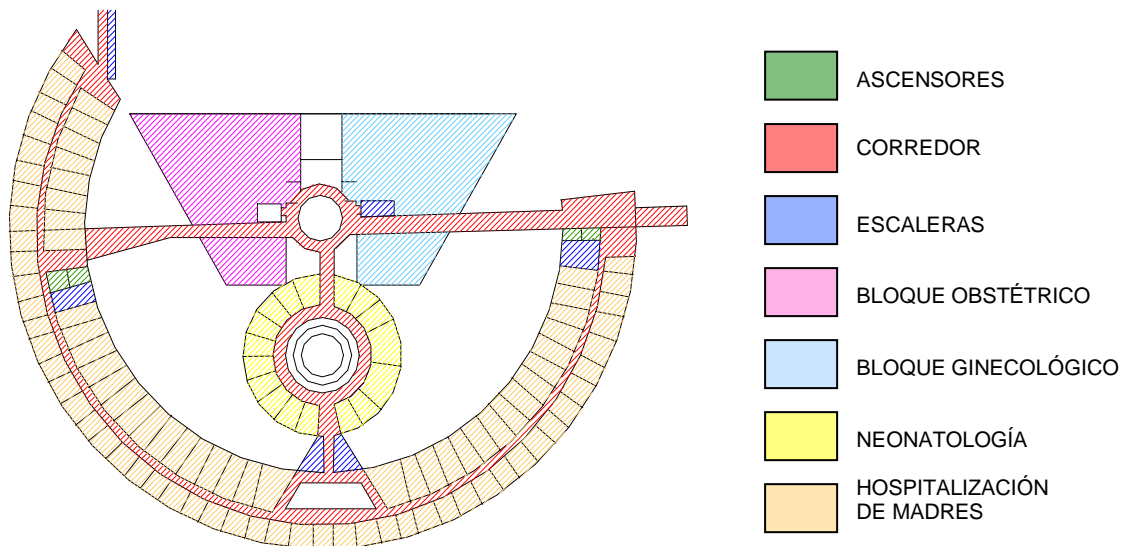
Las oficinas y habitaciones dan a las fachadas, por ello, la presencia de grandes vanos horizontales que les facilita de una iluminación natural.

3.3 Análisis de planos



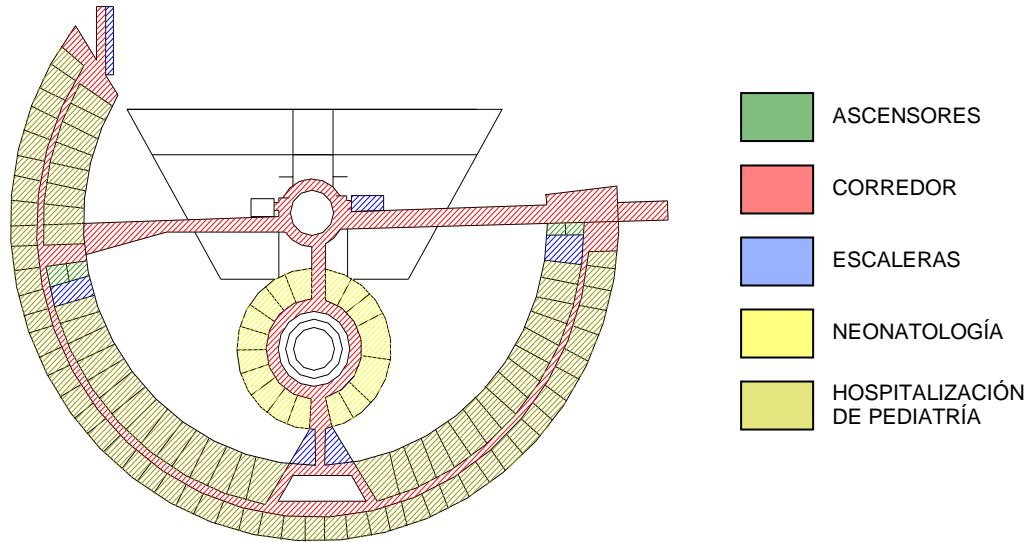
Planta Baja

En la planta baja se encuentra la unidad de consultas externas. El ingreso de los pacientes y de los visitantes se realiza por la fachada este la cual se encuentra frente a un amplio estacionamiento. Este hall, al igual que el “corazón” y los corredores son alumbrados mediante pozos de luz o por medio de techos vidriados.



Primera Planta

La primera planta se encuentra dividida en dos bloques: el bloque de obstetricia y el bloque de ginecología. El bloque de obstetricia comprende 2 cuartos de dilatación y 4 salas de parto, teniendo un espacio central de acceso.



Segunda Planta

En el segundo piso se encuentran los Sectores de Hospitalización y Cirugía Pediátrica. Las habitaciones son destinadas a uno o más niños y son completamente vidriadas con el fin de poder supervisarlos en todo momento.

3.4 Programación

El Pabellón de la Mujer y el Niño del Hospital La Beauche, presenta la siguiente programación:

- Unidad de Consulta Externa
- Ginecología
- Obstetricia
- Neonatología
- Hospitalización para la madre
- Hospitalización pediátrica
- Cirugía Pediátrica
- Área de Educación y Planificación Familiar
- Servicio de Exploraciones Funcionales
- Reanimación pediátrica polivalente
- Salas de juegos para niños
- CAMSP (Centro de Atención Médica-Social Precoz).

3.5 Conclusiones

El pabellón de la Mujer y el Niño del Hospital La Beauche, responde a un diseño interesante que surge en base a un concepto formal de parte de los arquitectos.

Para ellos la importancia del concepto en el diseño es lo que encamina el proyecto y se ve reflejado en el pabellón.

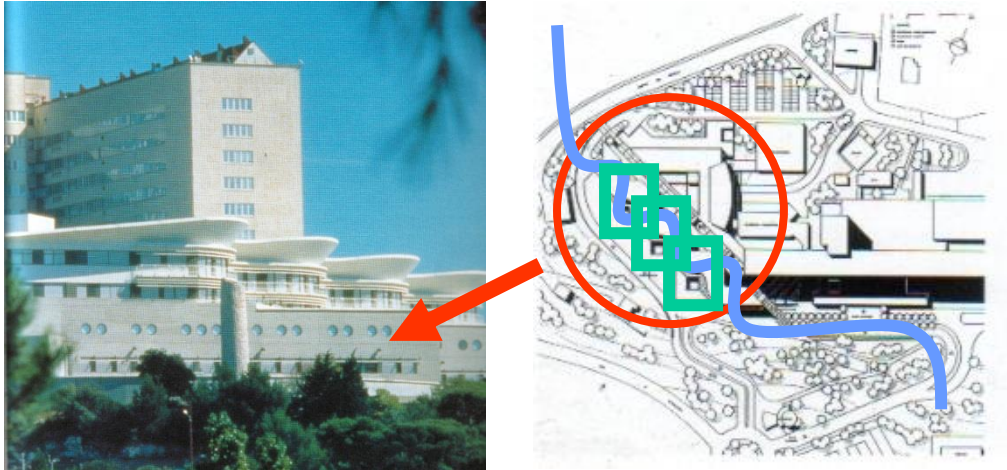
Es una manera diferente de enfrentar un proyecto arquitectónico, dado por sentado su funcionalidad y los requerimientos necesarios para la calidad en la atención de la madre y el niño. La disposición de los espacios es clara y los espacios y unidades están bien definidos y ubicados, manteniendo una circulación libre y semicircular.

El aporte de este proyecto es definitivamente su forma, que rompe un poco con los proyectos hospitalarios tradicionales que guardan una forma regular la gran mayoría.

Si bien es un proyecto de gran complejidad, no rompe con el entorno, sino que se adapta a él, en busca de una arquitectura hospitalaria horizontal que no asuste a los principales usuarios, ni que refleje la sensación de imposición. Es una arquitectura que se abre a la ciudad.

4. Pabellón de Unidad de Emergencias para la Mujer y el Niño del Hospital Du Nord- Francia

GROUPE 6 ARCHITECTOS



Propuesta General

Este pabellón se encuentra ubicado en una colina que domina un paisaje no muy agradable desde donde se divisa el suburbio nor-oeste de Marsella. Ésta unidad surge como una necesidad de expansión del hospital, como se ve en el siguiente gráfico.



4.1 Concepto

El funcionamiento autónomo del hospital Nord, hizo que el partido arquitectónico rompiera con su forma compacta y sólida. Ésta misión estuvo a cargo del Groupe 6, quienes se encargaron de dar una nueva imagen contemporánea y de lograr la integración con el hospital el cual no tenía ningún tipo de calidez arquitectónica, ya que era un volumen pesado y cerrado. Este nuevo edificio tenía que aprovechar las vistas que tenía hacia el mar. La morfología de este nuevo hospital se organiza alrededor de una “espina dorsal” donde son concentradas las circulaciones horizontales y las montantes verticales.

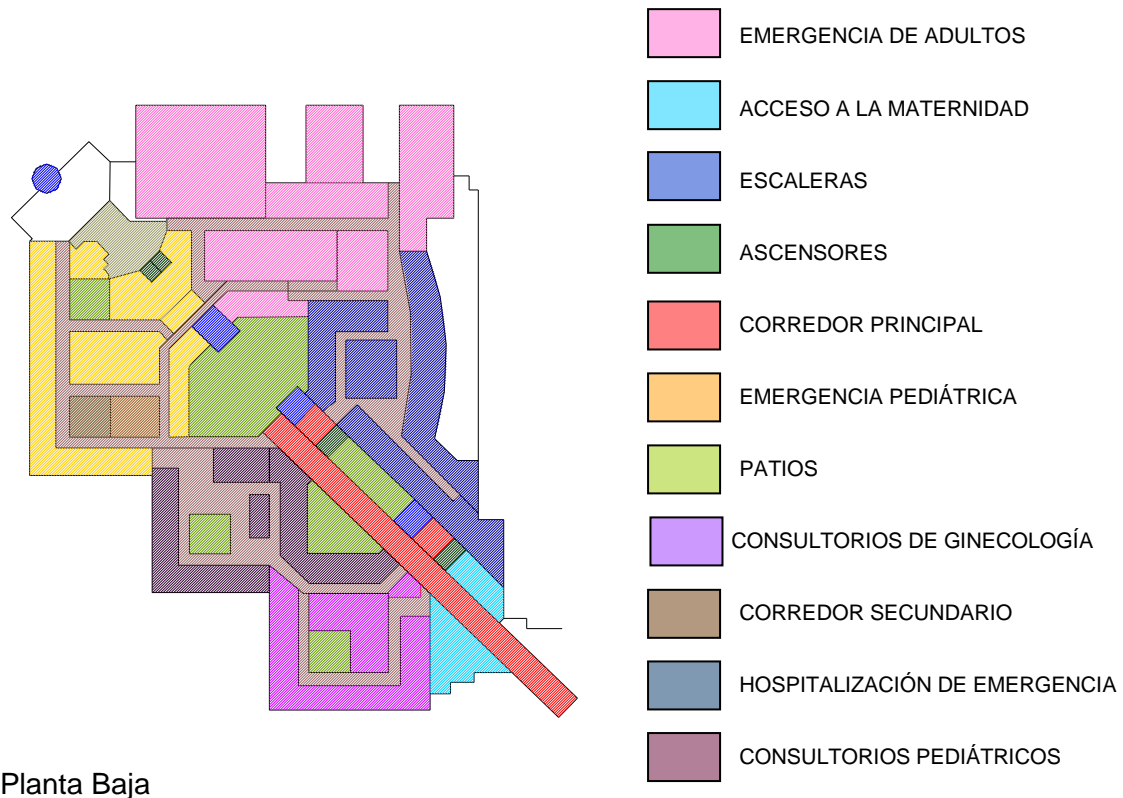
4.2 Descripción del Proyecto

Por todos lados se alternan los bloques de las montantes con jardines lineales, los diferentes cuerpos son claramente implantados en cuerpos de edificaciones de geometrías diferentes, iluminados por medio de patios.

La búsqueda sistemática de la iluminación, en particular de las numerosas circulaciones, condujo a los arquitectos a una concepción trabajada para los diferentes sectores, mediante la ubicación de numerosos pozos de luz y perforaciones.

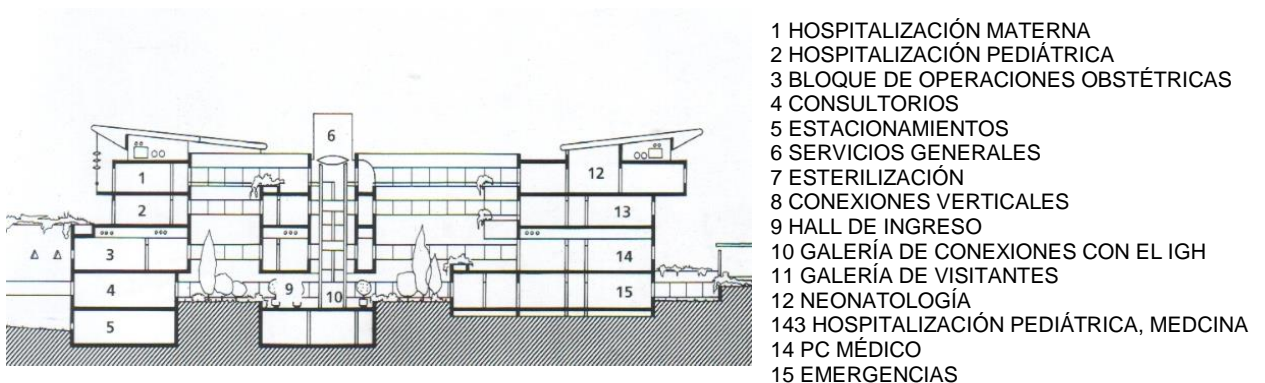
Los bloques tienen inusuales perforaciones circulares que iluminan las salas de operaciones. El ingreso se sitúa en el extremo del eje longitudinal del edificio, situado al sur de la vía principal. Este ingreso permite la orientación inmediata hacia las zonas de consulta situadas en la planta baja. La fachada es prácticamente maciza debido al asoleamiento mediterráneo del lugar, contrario a la transparencia de la arquitectura del interior.

4.3 Análisis de Planos

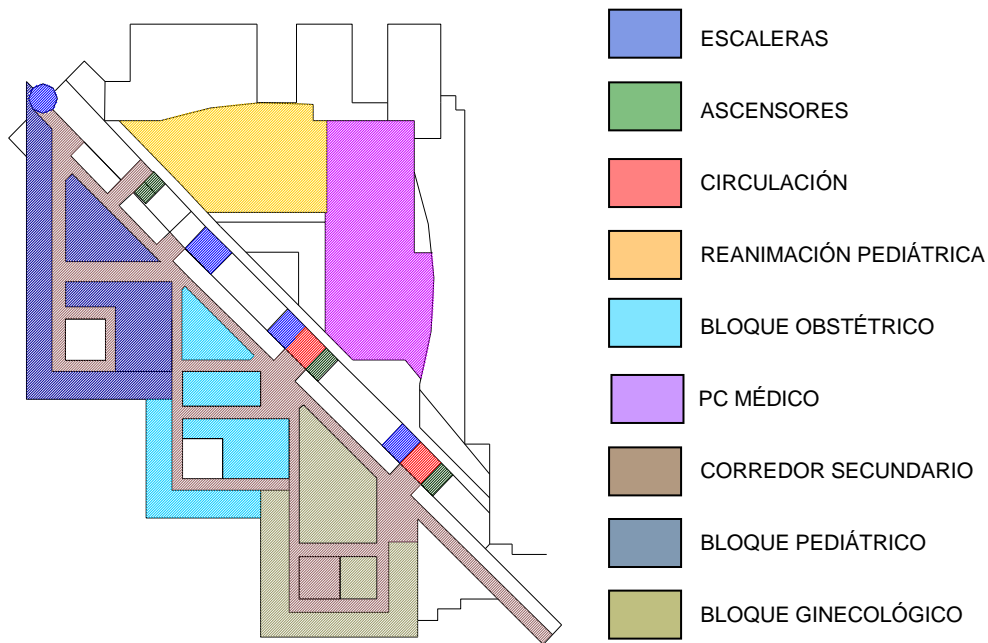


La planta baja tiene los servicios de urgencia y la zona de los consultorios.

En el sótano se encuentra el estacionamiento, y se conectan las galerías médicas con las logísticas entre los nuevos servicios y el edificio principal.



Corte Transversal

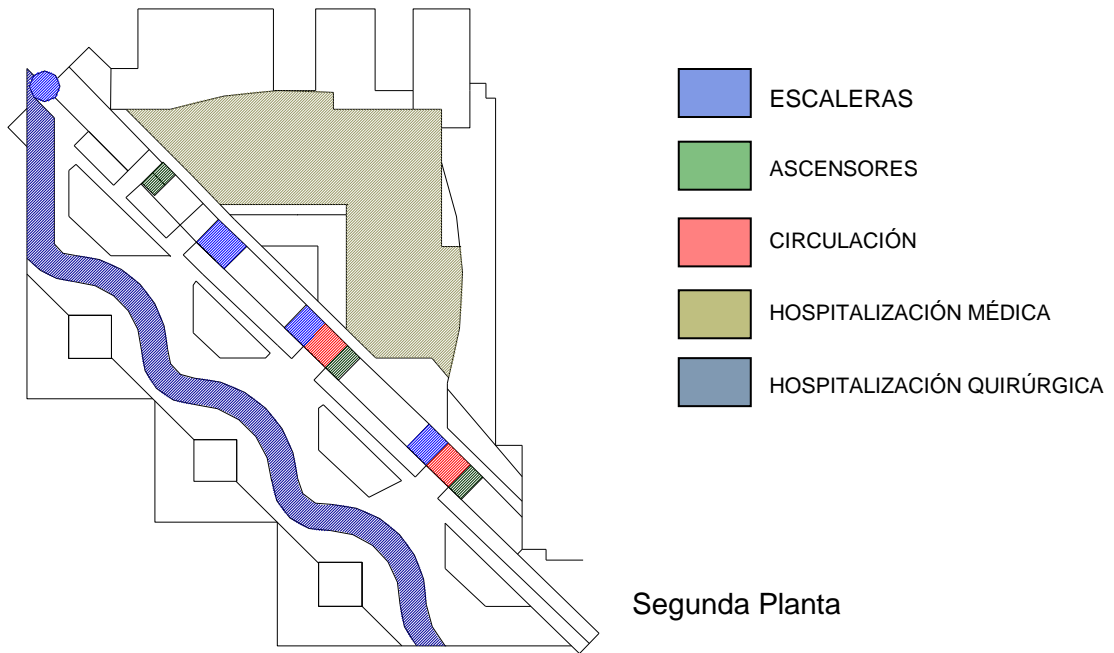


Primera Planta

En la primera planta se encuentran los bloques operatorios, y en las plantas superiores el área de hospitalización.

Hacia el norte, los servicios de pediatría se encuentran en los espacios ortogonales, beneficiándose de la circulación principal de las terrazas y de los patios triangulares.

Al sur, se desarrolla la zona médica mediante la sucesión de tres cubos idénticos en donde las diagonales caen perpendicularmente al eje principal, convirtiéndose en una base rítmica para el hospital.



La hospitalización tiene una organización muy original, las zonas de cuidado y sus anexos son implantados e iluminados por medio de los jardines lineales del eje principal del edificio. Sobre los bloques se superpone una cornisa ondulada que viene a acentuar la fachada. Éstas formas permiten que tanto en las partes cóncavas como convexas se pueda ofrecer a los pisos la comodidad de terrazas espaciadas, lo que paradójicamente lo hace parecido a las residencias de los balnearios.

4.4 Programación

Al encontrarse dentro de un complejo hospitalario, el pabellón comparte algunos servicios con el Hospital general, como son el área de servicios, laboratorios, botica, cafetería, etc.

El pabellón de la madre y el niño del Hospital Du Nord cuenta con el siguiente programa:

- Cirugía Infantil
- Ginecología y Obstetricia
- Maternidad
- Neonatología

- Pediatría y Genética
- Reanimación Pediátrica y Neonatal
- Cuidados Intensivos
- Consultorios y Radiología para la madre y el niño
- Planificación Familiar
- Emergencias madre y niño

4.5 Conclusiones

El pabellón de Emergencias de la Mujer y el Niño del Hospital Du Nord, responde a un diseño interesante que surge en base a la necesidad de adaptar un nuevo edificio a un complejo hospitalario ya existente y cuyas características difieren mucho del nuevo proyecto. Este proyecto refleja otra manera de afrontar un proyecto hospitalario en donde el reto es crear un proyecto dinámico que rompa con el bloque monolítico ya existente y que actúa y refleja mucho en la psicología de los pacientes. Al ser un pabellón para la madre y el niño, debe ser dinámico y buscar atraer a esos usuarios mediante la arquitectura.

Se da por sentado su funcionalidad y los requerimientos necesarios para la calidad en la atención de la madre y el niño. La disposición de los espacios surge en base a una circulación lineal y diagonal y a la ubicación de patios que le dan iluminación, ventilación y vistas a las áreas de hospitalización y demás. Esta disposición es clara y los espacios y unidades están bien definidos y ubicados, manteniendo una circulación libre.

El aporte de este proyecto es su forma libre. Es un proyecto de gran complejidad, que no rompe con el entorno, sino que se adapta a él, en busca de una arquitectura hospitalaria horizontal. Es una arquitectura que se abre a la ciudad y se abre a las vistas que ofrece el lugar mediante la creación de numerosas terrazas.

CAPÍTULO 6

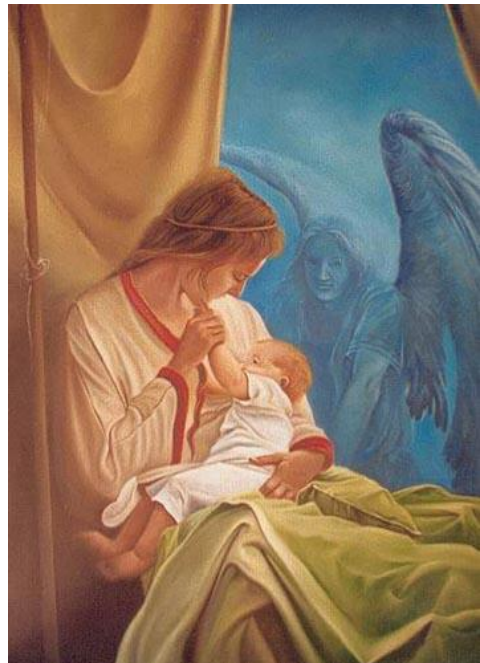
ANÁLISIS DE PROYECTOS REFERENCIALES NACIONALES

1. Instituto Materno Infantil (Ex Maternidad de Lima)

1.1 Historia

En 1922, al construirse la prolongación del Jr. Huallaga se toma parte del Hospital Santa Ana, el que es trasladado a un local construido con ese fin en la Av. Alfonso Ugarte, tomando el nombre de Hospital Arzobispo Loayza.

La porción restante pasó a constituir La Casa de la Maternidad de Lima, cuyo nombre fue cambiado por el de Instituto Obstétrico-Ginecológico.



“MOMENTO MÍSTICO”
Jorge Gurmandí

En 1934, durante el gobierno del Gral. Oscar R. Benavides, se inauguran los ambientes de la actual Dirección, los consultorios externos y en los altos la Clínica Santa María.

En 1943, durante el gobierno de Prado, se adopta oficialmente el nombre de Hospital Maternidad de Lima, y se construyen las salas de hospitalización. En 1957, se centraliza la atención de los partos en la llamada “Central de Partos”.

En 1962, la Beneficencia Pública entrega al Ministerio de Salud, la administración del Hospital Maternidad de Lima.

En 1968, se construye el edificio de 4 pisos donde funciona el Servicio de Esterilización, el Centro Obstétrico, el Centro Quirúrgico y el Dpto. de Neonatología. También, se instalan la sala de calderos, maquinarias de cocina, lavanderías, comedores y vestuarios para el personal.

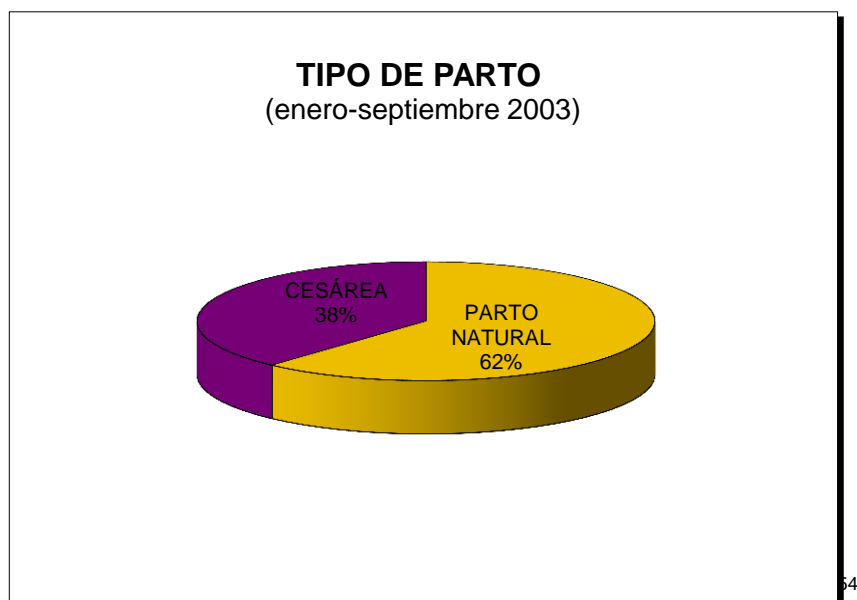
En 1981, se crea el Complejo Hospitalario de Barrios Altos conformado por los Hospitales Maternidad de Lima y San Bartolomé.

En 1985, sobre la base de los mismos hospitales se crea el Instituto Nacional Materno Infantil (INAMI). En 1990, se desactiva el INAMI y el Hospital San Bartolomé se traslada a la Av. Alfonso Ugarte.

En 1991, el Hospital Maternidad de Lima es designado como un establecimiento de salud especializado de 4to. Nivel, con el nombre de Instituto Materno Perinatal (IMP).

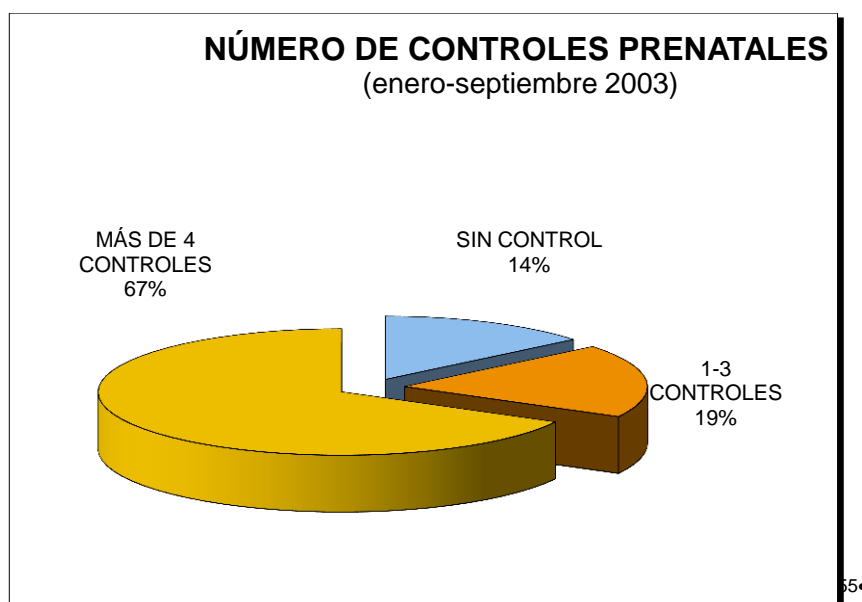
1.2 Situación Materno Infantil

La mayoría de las mujeres presentan parto natural, sin embargo tanto en estos como en los de cesárea se presentan casi siempre complicaciones.



Los controles prenatales pueden determinar con anterioridad complicaciones que se puedan presentar al momento del alumbramiento, además de determinar qué tipo de nacimiento es el mejor tanto para la madre como para el niño. El 67% de mujeres reciben más de 4 controles y el 14% de las mujeres no recibe ningún tipo de atención prenatal, convirtiéndose en una situación preocupante.

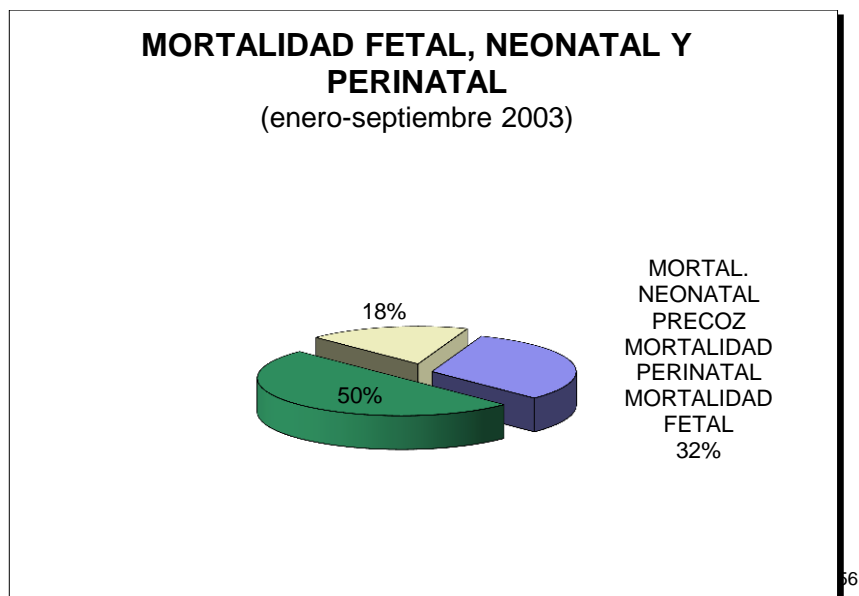
⁵⁴ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 - IEMP



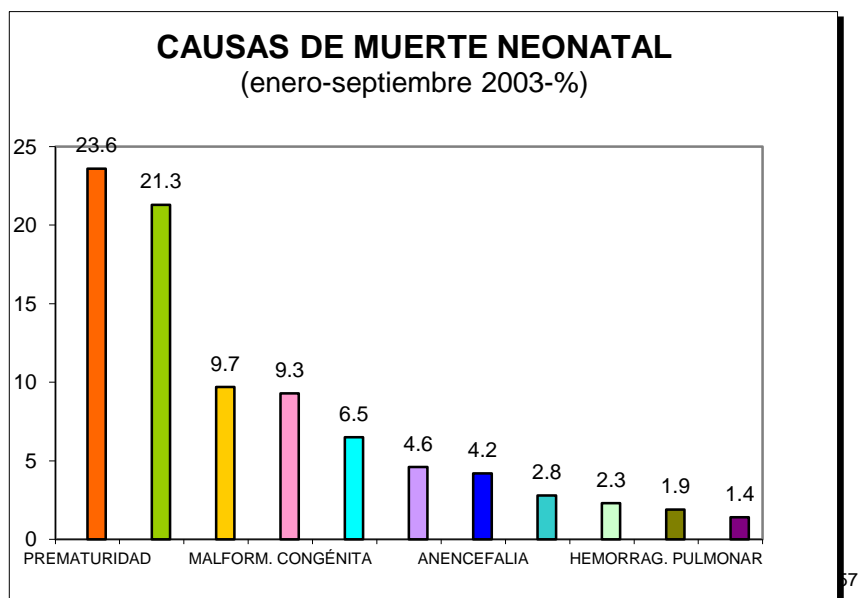
Como se ve en el cuadro el 50% de las muertes en los niños ocurre en la etapa perinatal, es decir aún cuando se encuentran dentro del vientre materno, lo que realza la importancia de los controles prenatales durante el embarazo.

Seguido se encuentra la Mortalidad Neonatal Precoz que se refiere a la muerte de niños recién nacidos hasta con un mes de vida y la mortalidad fetal, aquella que se presenta aún en el vientre materno a partir de las 20 semanas de embarazo.

⁵⁵ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 - IEMP



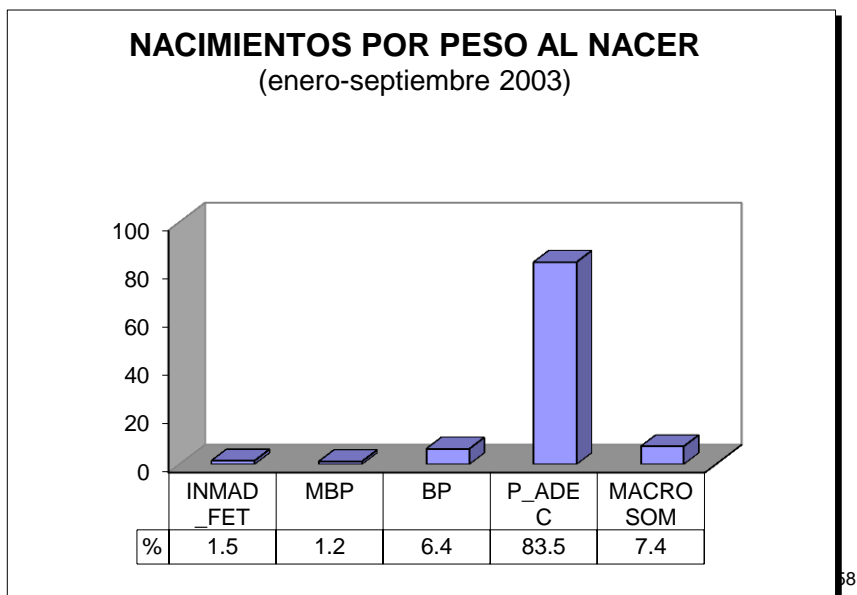
Entre las principales causas de muerte neonatal, registradas en el IEMP, se encuentran la Prematuridad, seguida de la Prematuridad Extrema, la Sepsis Neonatal y las Malformaciones Congénitas.



⁵⁶ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 - IEMP

⁵⁷ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 – IEMP

La prematuridad, está relacionada con el bajo peso al nacer, el cual es un factor determinante para la salud del niño. Se observa que la mayoría de niños nacen con un peso adecuado, ya que las madres han llevado correctamente los controles prenatales.



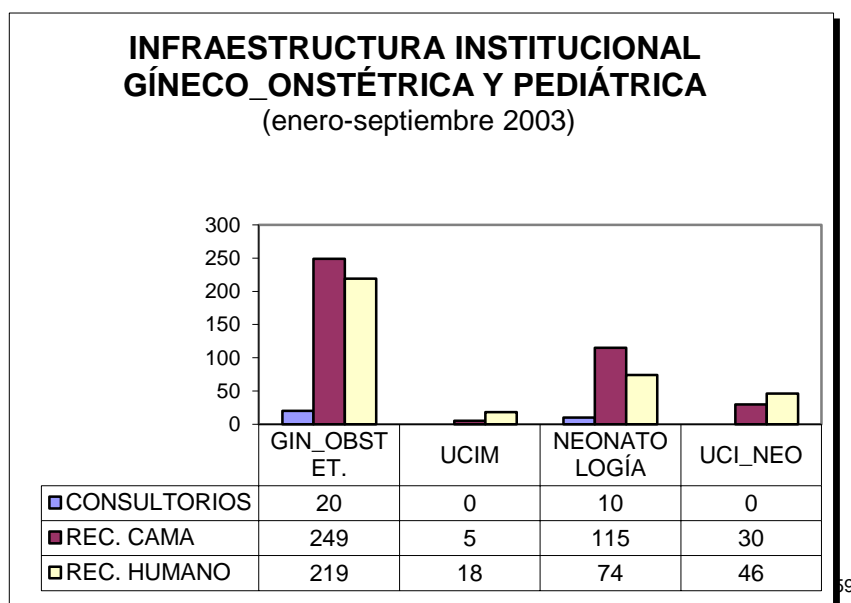
Sin embargo, con los años, el porcentaje de nacidos prematuros, de bajo peso al nacer o muy pequeños vienen en aumento, lo que implica el aumento de número de cunetas e incubadoras, ya que son recién nacidos que son llevados a Cuidados Intensivos para su recuperación.

	AÑOS		
	2000	2001	2002
% NACIDOS PREMATUROS	7%	6%	14%
% PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL	7%	6%	7%
% BAJO PESO AL NACER	8%	7%	9%
% MUY BAJO PESO AL NACER	2%	2%	3%

INFRAESTRUCTURA

⁵⁸ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 - IEMP

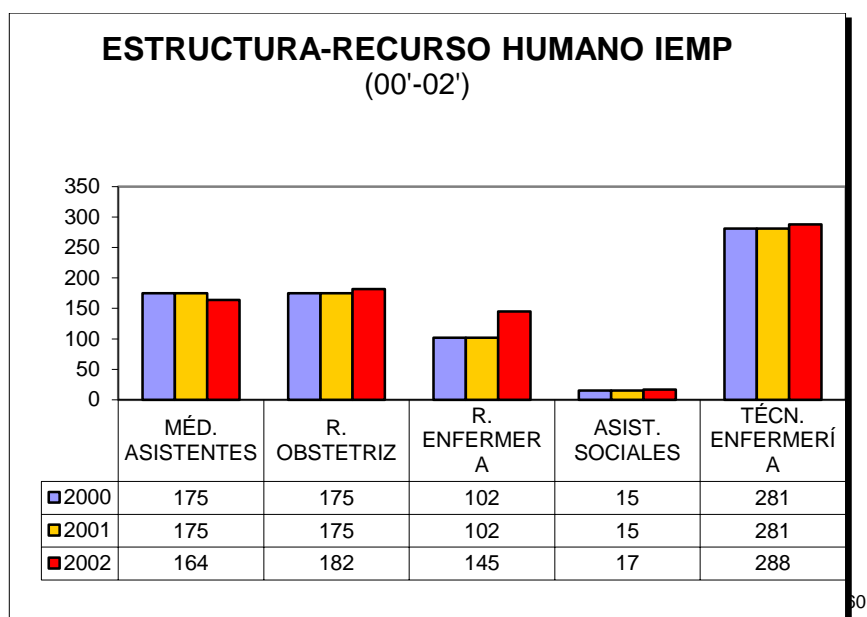
En cuanto a la infraestructura del IEMP, se puede decir que es insuficiente para la cantidad de mujeres que a él acuden de todos los conos y de las complicaciones, cesáreas, que determinan la estadía por más tiempo de la madre y del niño.



ESTRUCTURA

El año 2000 muestra un aumento en el recurso humano del IEMP, lo que hace referencia a que la población atendida crece y que se necesitan de más especialistas.

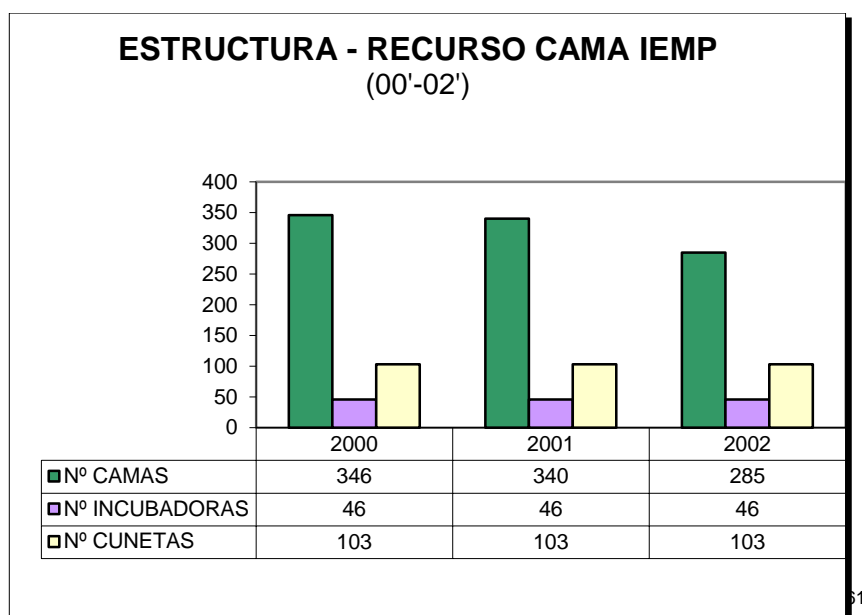
⁵⁹ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 - IEMP



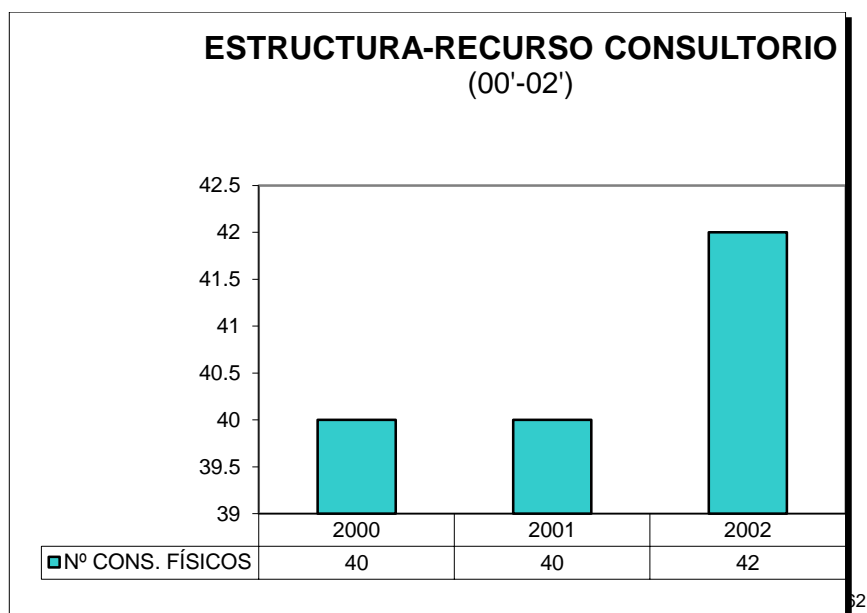
En cuanto al Recurso Cama, se observa un descenso de número de camas, lo que implica la reducción de las cesáreas y además muchas de las camas ya están inservibles y no cumplen con las especificaciones para la comodidad de la madre.

El número de cunetas e incubadoras es insuficiente si se hace una relación con el número de camas para la madre.

⁶⁰ Fuente: Perfil Epidemiológico Institucional 2000-2002 - IEMP



En el Recurso Consultorios, se puede decir que relativamente se mantienen, están divididos en Consultorios Obstétricos, Ginecológicos y Pediátricos, dentro del cual se encuentra las atenciones neonatales e infantiles. Estos consultorios son pequeños y no cuentan con una iluminación y ventilación adecuada, para atender una gran demanda.

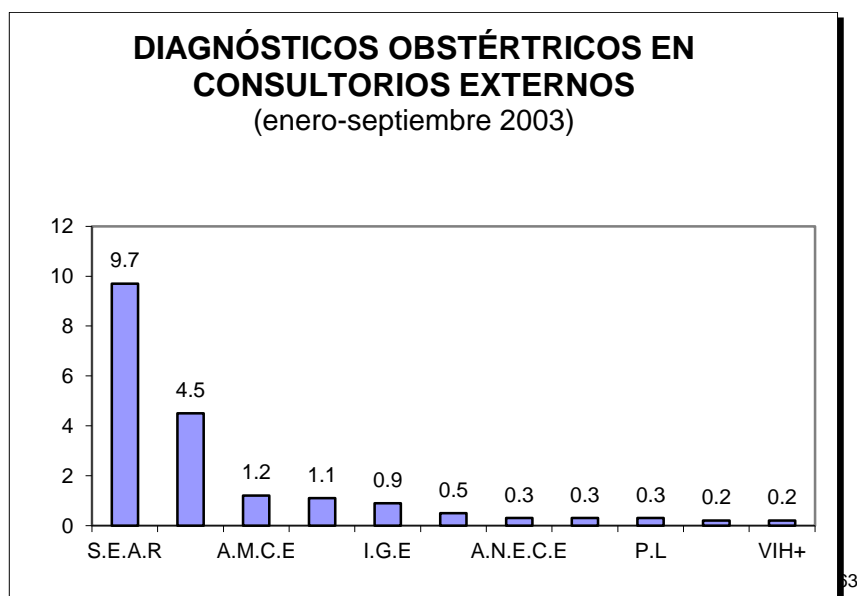


⁶¹ Fuente: Perfil Epidemiológico Institucional 2000-2002 - IEMP

⁶² Fuente: Perfil Epidemiológico Institucional 2000-2002 - IEMP

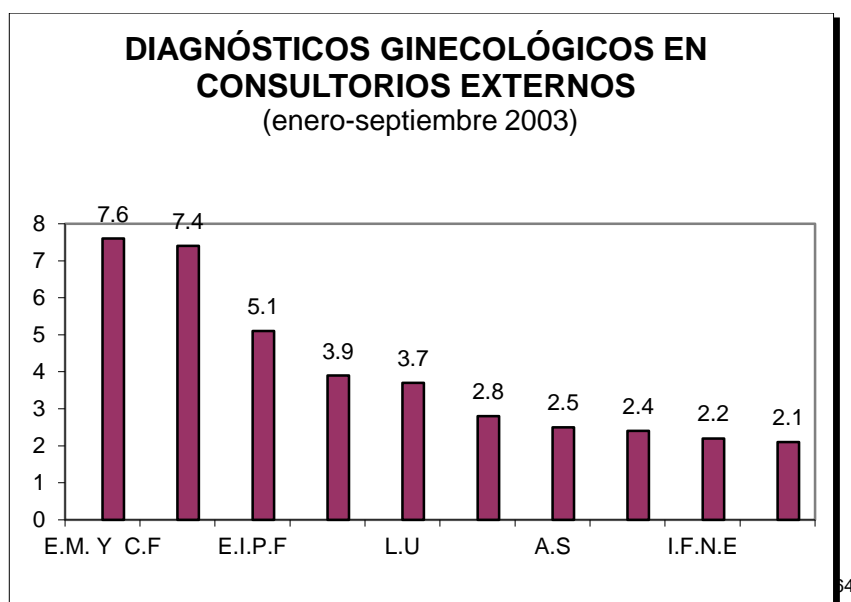
CONSULTORIOS

En cuanto a las consultas obstétricas, que involucran todo lo concerniente al embarazo, el mayor porcentaje lo tiene la Supervisión del embarazo de alto riesgo con un 9.7%, seguido de la Supervisión del embarazo de primogénito muy joven con un 4.5%, la Atención materna por cesárea electiva con un 1.2% y las Enfermedades de Transmisión sexual que complementan el embarazo con un 1.1%.

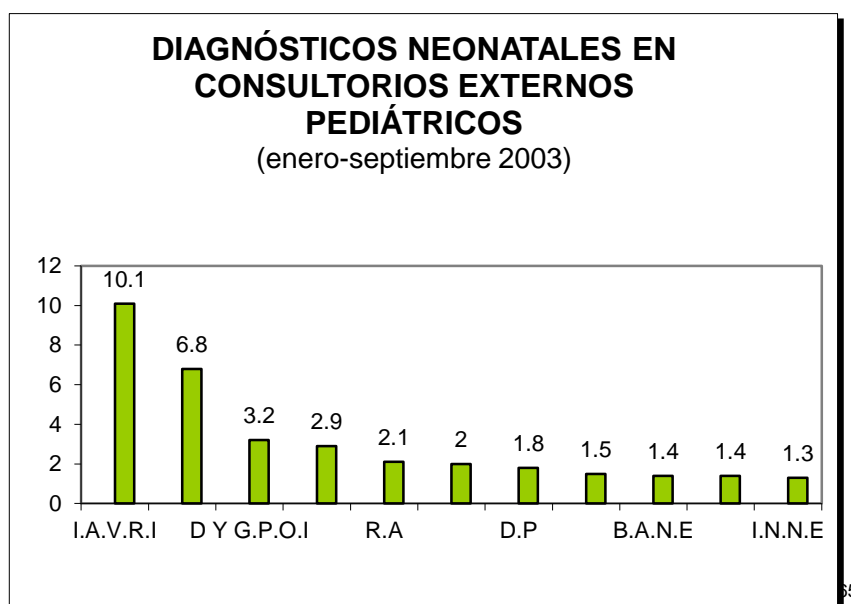


En cuanto a los diagnósticos ginecológicos, es decir todo lo que concierne a la mujer, las consultas más frecuentes son los Estadios Menopáusicos y Climaterios Femeninos con un 7.6%, seguido de la Vulvovaginitis sin embarazo asociado con un 7.4%, y las Enfermedades inflamatorias pélvicas femeninas 5.1%

⁶³ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 - IEMP



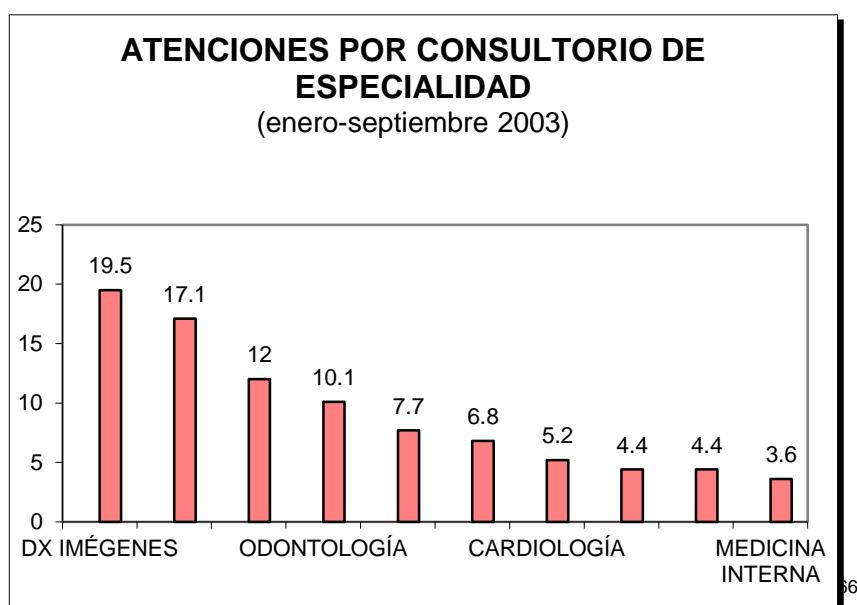
Las enfermedades neonatales más diagnosticadas en los consultorios neonatales, son las Infecciones Agudas de vías respiratorias con un 10.1%, la Hipertonía congénita con un 6.8%, las Diarreas con Orígenes Infecciosos con 3.2% y los Trastornos específicos de función motriz con 2.9%.



⁶⁴ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 - IEMP

⁶⁵ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 - IEMP

Las consultas por especialidad más generales dentro de la institución son el Diagnóstico por Imágenes 19.5%, las Ecografías con 17.1% y las Consultas psicológicas con un 12%. Esto demuestra el gran equipo tecnológico con el que debe contar una institución en este rubro de atención y la importancia de la psicología en la madre embarazada.



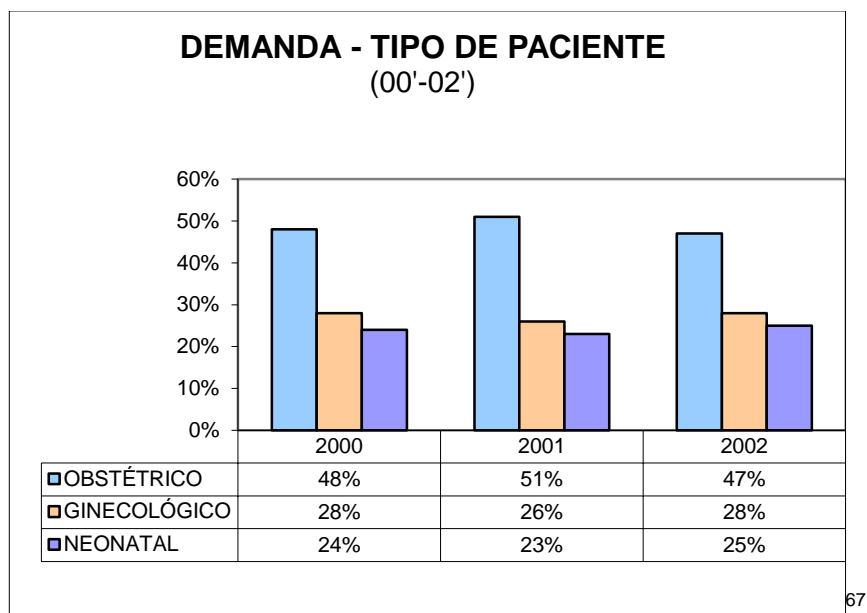
DEMANDA

La población femenina de Lima es de 3'922,000 hab., de las cuales las mujeres en edad fértil suman un total de 2'482,000.

De estas, 1'440,000 mujeres corresponden a la población atendida por el sector de salud de Lima y 749,000 pacientes son de alto riesgo, por lo que vendría a ser la población que el IMP debe entregar sus servicios.

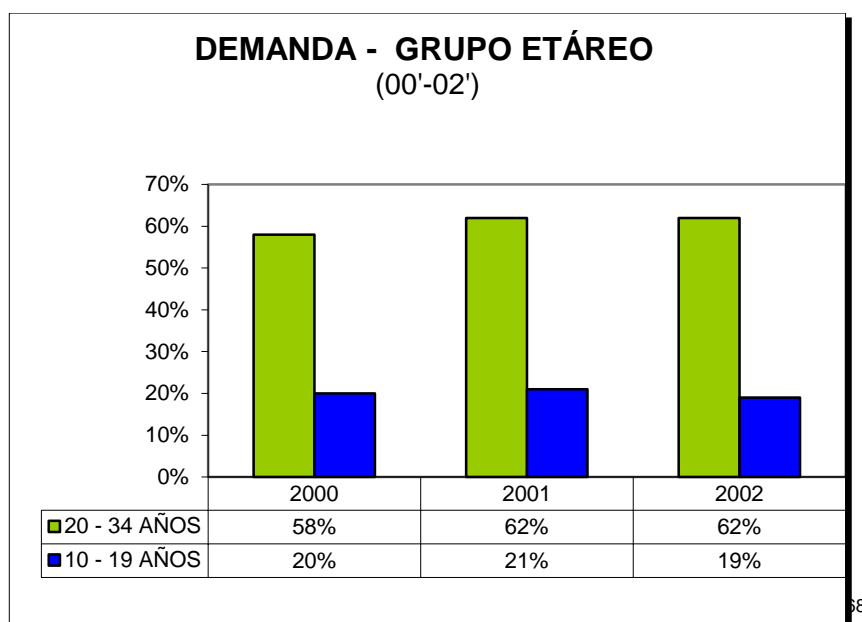
⁶⁶ Fuente: Informe Estadístico Institucional Consolidado al 3er Trimestre del 2003 - IEMP

El Instituto atiende también a los niños menores de dos años de alto riesgo, lo que en total sumaría 832,000 pacientes.

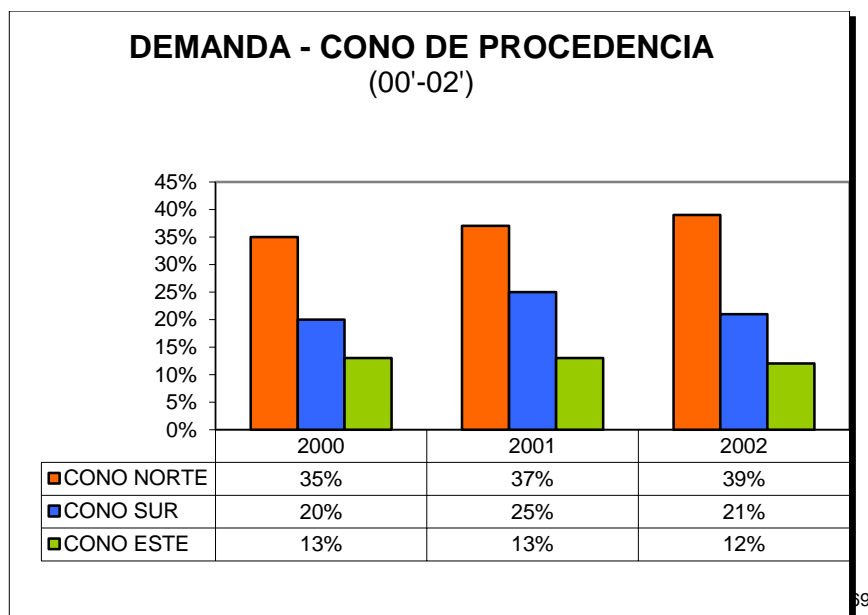


Como se ve en el cuadro el IEMP, atiende un alto porcentaje de mujeres con demanda obstétrica, la cual ha bajado respecto a los años anteriores, por causas como bajo ingreso económico, temor, distancia, etc. Sin embargo, la demanda ginecológica y neonatal, han subido, lo que hace pensar en que tanto la madre como el niño son grupos importantes en salud y que necesitan atención especializada.

⁶⁷ Fuente: Perfil Epidemiológico Institucional 2000-2002 - IEMP



Las mujeres que llegan al IEMP son de diferentes conos, sin embargo, la mayoría es proveniente del Cono Norte, de los distritos de Puente Piedra, Huaraz y Huacho, seguidos del Cono Sur, de San Juan de Miraflores, de Villa María del Triunfo, de Villa el Salvador y del Cono Este, desde Chosica, Ate, San Juan de Lurigancho. Esto demuestra que tanto el Cono Norte como el Cono Sur, están necesitados de centros de salud especializados en la atención materno infantil.



⁶⁸ Fuente: Perfil Epidemiológico Institucional 2000-2002 - IEMP

⁶⁹ Fuente: Perfil Epidemiológico Institucional 2000-2002 - IEMP

1.3 Descripción del proyecto

El proyecto tiene dos partes, la parte antigua que guarda la tipología de los hospitales antiguos en donde las camas se disponían a ambos lados de un ala longitudinal y la parte nueva que corresponde al Nuevo Hospital de la Amistad Perú – Japón. La zona antigua comprende Consulta Externa, Medicina Fetal, Hospitalización, Clínica, Archivo, Patología y Laboratorio y Docencia, mientras que el Nuevo Hospital comprende las zonas de Necropsias, el Auditorio, Emergencia, el Centro Obstétrico, la UCIM y Neonatología, el Centro Quirúrgico y el Centro de Esterilización. En el proyecto se integra en un solo edificio las distintas unidades del IMP, dispersas y con una estructura arquitectónica que no brindaba las facilidades necesarias por su antigüedad y por estar habilitadas solamente. Básicamente el partido continúa con las manzanas tipo de la zona que guardan un contenido histórico, concentrándose los espacios alrededor de un patio de luz y con los pasillos en el perímetro del patio.



HOSPITALIZACIÓN



CORREDOR



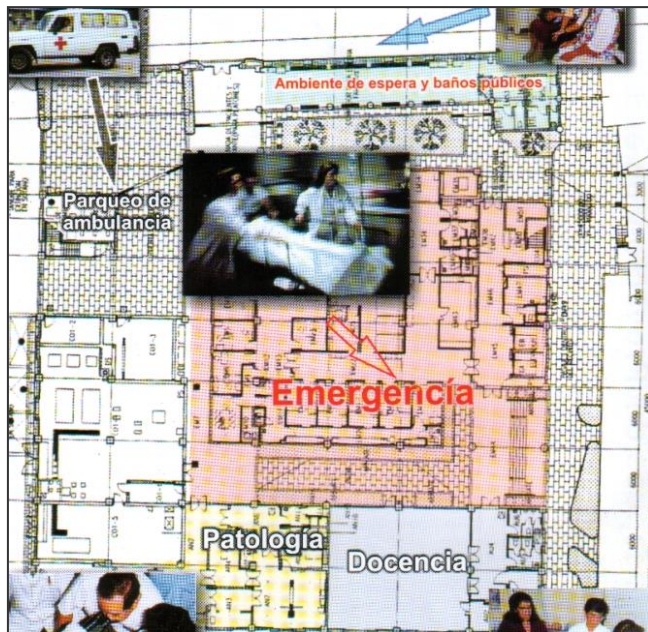
ESTERILIZACIÓN

NEONATOLOGÍA



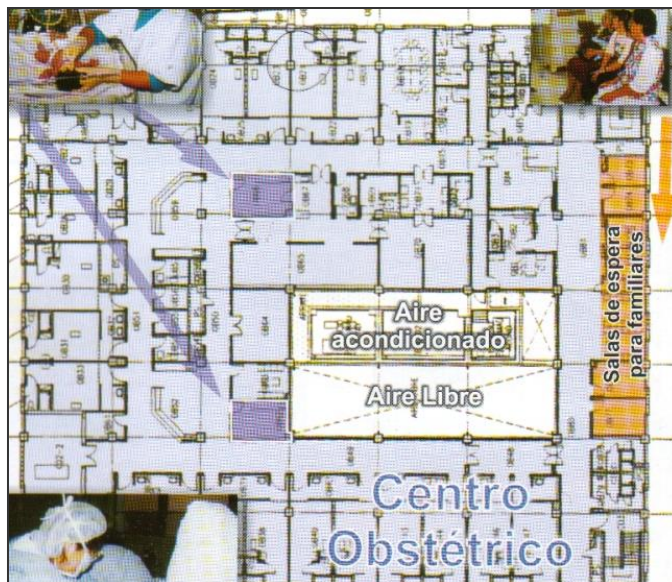
1.4 Análisis de planos

Planta 1º piso



En el primer piso se encuentra el área de Patología, Docencia y de Emergencia, la cual es funcional y segura, cuenta con personal especializado en el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales.

Planta 2º piso



En el segundo piso se encuentra el Centro Obstétrico, el cual es amplio y cuenta con equipamiento moderno, con ambientes que brindan privacidad y confort para la gestante. Como se ve, los espacios giran en torno a un patio.



Planta 3º piso

En el tercer piso, se encuentra la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en donde se atiende al neonato en estado crítico. Además, la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos que atiende a las gestantes en estado crítico y la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales que atiende a los neonatos en un estado no tan crítico.



Planta 4º piso

En el cuarto piso, se encuentra el Centro Quirúrgico, el cual dispone de 10 salas de operaciones que pueden operar simultáneamente, con equipos y tecnología moderna y cuenta con un circuito cerrado de TV para realizar la docencia.

ADECUACIÓN COMPLEMENTARIA AL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ-JAPÓN

LA MAGNITUD DE LA PROPUESTA DEL HOSPITAL, SURGE EN BASE A QUE SE INTEGRABAN EN UN SOLO EDIFICIO LAS DISTINTAS UNIDES DE ATENCIÓN DEL IMP, LAS CUALES ESTABAN DISPERSAS Y CONTABAN CON UNA SOLA ESTRUCTURA ARQUITECTÓNICA QUE NO BRINDABA LAS FACILIDADES NECESARIAS POR SU ANTIGÜEDAD Y POR ESTAR HABILITADAS SOLAMENTE.



CUARTO PISO HOSPITALIZACIÓN

- ADOLESCENCIA

TERCER PISO HOSPITALIZACIÓN

- ALTO RIESO

SEGUNDO PISO HOSPITALIZACIÓN

- ALTO RIESO

PRIMER PISO HOSPITALIZACIÓN

- GINECOLOGÍA
- CUIDADOS INTERMEDIOS

PATOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO

- SERVICIO DE BANCO DE SANGRE
- SERVICIO DE LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA Y COAGULACIÓN
- SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO
- SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA

DOCENCIA Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

- AUDITORIOS
- AULAS
- BIBLIOTECA VIRTUAL
- SALA DE TELEVIDEO
- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN

CONSULTORIOS EXTERNOS

- NEONATOLOGÍA
- ESPECIALIDADES EN SALUD REPRODUCTIVA



1.5 Programación

PRIMER PISO

EMERGENCIA	
AMBIENTES DE TRABAJO	Nº
FARMACIA	1
LABORATORIO	1
CUBÍCULOS DE VALORACIÓN GÍNECO OBSTÉTRICA	4
OFICINA DE ADMISIÓN	1
SALA DE ECOGRAFÍA	1
SALA DE PARTOS Y CIRUGÍA DE EMERGENCIA	1
SALA DE ATENCIÓN NEONATAL	1
SALAS DE ESPERA	2
OFICINA DE CUENTAS	1
SALA DE REUNIONES	1

PATOLOGÍA	
AMBIENTES DE TRABAJO	Nº
SALA DE NECROPSIAS	1
SALA DE PREPARACIÓN	1
SALA DE ESPÉCIMEN	1
SALA DE PROCESAMIENTO DE ESPECÍMENES	1
SALA CON CÁMARAS FRIGORÍFICAS	1
SALA DE FAMILIARES	1

SEGUNDO PISO

DOCENCIA
AMBIENTES DE TRABAJO
AUDITORIO
AULAS
SALAS MULTIUSO
BIBLIOTECA
ALMACÉN

CENTRO OBSTÉTRICO Y ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO
AMBIENTES DE TRABAJO
ÁREA DE ADMISIÓN
ÁREA DE PREPARACIÓN
ÁREA DE PARTOS Y OPERACIÓN DE EMERGENCIA
SALA DE LABOR DE PARTO

SALA DE TRABAJO
ÁREA DE ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO
ÁREA DE CUNAS PARA EL RECIÉN NACIDO
SALA DE RECUPERACIÓN PUERPERAL
ÁREA DE ESTACIÓN DE TRABAJO
ÁREA DE ALOJAMIENTO DE FAMILIARES

TERCER PISO

NEONATOLOGÍA

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS
AMBIENTES DE TRABAJO	AMBIENTES DE TRABAJO
ÁREA DE ADMISIÓN	ÁREA DE INCUBADORAS PARA CUIDADOS INTERMEDIOS
UCI HOSPITALIZACIÓN	ÁREA DE CUNAS PARA CUIDADOS INTERMEDIOS
UCI HOSPITALIZACIÓN PACIENTE SÉPTICO	ÁREA DE LACTANCIA
ESTACIÓN DE TRABAJO	ÁREA DE EDUCACIÓN A LA MADRE Y ALOJAMIENTO
SALA CON CÁMARAS FRIGORÍFICAS	SALA PARA CAMBIO DE SANGRE
SALA DE FAMILIARES	SALA DE DIETAS Y FÓRMULAS
	ÁREA DE ESTACIÓN DE TRABAJO

CUARTO PISO**CENTRO QUIRÚRGICO**

SALA DE OPERACIONES	SALA DE RECUPERACIÓN
AMBIENTES DE TRABAJO	AMBIENTES DE TRABAJO
SALA DE OPERACIONES	ÁREA DE LAVADO, INSPECCIÓN Y PREPARACIÓN
SALA DE PRE-ANESTESIA	ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DE MATERIALES
SALA DE RECUPERACIÓN	ÁREA DE AUTOCLAVES
ÁREA DE RECIÉN NACIDOS	DEPÓSITO DE EQUIPOS ESTERILIZADOS
ESTERILIZACIÓN EMERGENCIA	ÁREA DE PREPARACIÓN DE ROPA LIMPIA

GINECO-OBSTETRICIA

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS

AMBIENTES DE TRABAJO

UCIM AISLADO

UCIM

CUIDADO INTERMEDIO

ESTACIÓN DE TRABAJO

DEPÓSITO DE EQUIPOS

ÁREA DE ROPA LIMPIA

ADMISIÓN

VESTUARIO

LAVADO DE MANOS	ÁREA DE DESPACHO DE MATERIALES
VESTUARIOS	ALMACÉN DE MATERIALES ESTERILIZADOS

1.6 Conclusiones

El Instituto Materno Infantil, es el único centro hospitalario que atiende exclusivamente a la madre y al niño en todas sus especialidades. A él acude la población desde todos los distritos, ya que al ser un centro especializado está capacitado para poder resolver todos los problemas en cuanto al campo materno infantil se refiera.

Sin embargo, este instituto sólo tiene una parte diseñada con ese fin, ya que el resto de la institución corresponde a construcciones antiguas, a la cual el hospital ha tenido que adecuarse. Por ello, no se puede hablar de una arquitectura pensada exclusivamente para la madre y el niño. Pero sí de una arquitectura que se ha adecuado a la zona, con una trama ortogonal, teniendo como punto de partido el patio central.

La descentralización de este servicio es muy importante, ya que en el caso estudiado del cono sur, el cual acude en un considerable porcentaje, el tiempo y distancia son factores muy importantes para la vida y salud de la madre y el niño.

2. Hospital Materno Infantil “San Bartolomé”

2.1 Historia

El primitivo local fue una humilde casa en el barrio de Barranca, cerca del Río Rímac, que sirvió de albergue a los negros enfermos libres. En 1661 se erigió el hospital en el barrio de Santa Catalina, cerca de los hospitales de Santa Ana y San Andrés, en el mismo lugar que ocupa hasta la actualidad en la calle San Bartolomé, en la cuadra N° p del Jr. Antonio Miró Quesada.

Fue fundado en 1646 durante el gobierno del Márquez de Mancera, Don Pedro de Toledo y Leyva. Su fundador fue el sacerdote agustino Fray Bartolomé de Vadillo, quien fue un orador y ejerció la rectoría del colegio de San Ildefonso, asó como la cátedra de Santo Tomás en la Universidad de San Marcos. En 1687, el hospital sufrió los estragos del terremoto, siendo parcialmente reconstruido por el mayordomo del hospital, el sargento mayor Manuel Fernández Dávila y gracias a las donaciones del capitán Francisco Tijera de la Huerta y Segovia. En 1855, el hospital fue convertido en Hospital Militar quedando bajo la dependencia del Ministerio de Guerra.

Algunos años después, en 1866, el hospital pasó al mando de la Beneficencia Pública de Lima, permaneciendo bajo su administración hasta 1890, año en que volvió al gobierno durante el régimen dictatorial de Nicolás de Piérola.

En 1910, al organizarse el servicio de Sanidad Militar del Perú, el gobierno decretó que el hospital fuese nuevamente dependencia del Ministerio de Guerra a través de este servicio.

Desde aquel año, se llamó Hospital Militar de San Bartolomé y funciona como tal hasta 1956 en el que se inauguró el Hospital Militar Central. El antiguo hospital colonial fue remodelado y ampliado en 1961 y fue convertido en Hospital Central de Salud Materno Infantil “San Bartolomé” quedando bajo la dependencia directa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En la actualidad, es Hospital Base N° 2 de Lima. La parte central del hospital, es decir, “el patio”, ha sido declarado como Patrimonio Cultural y está dedicado a aspectos administrativos, de manera que no se puede derruir sino restaurar. El resto de las construcciones datan desde el año 1960 y actualmente no hay ninguna ampliación que se esté realizando. Es un hospital especializado materno infantil que está conectado con la enseñanza universitaria ya que aquí funciona la Facultad de Obstetricia y Ginecología.

2.2 Situación Materno Infantil

El hospital no cuenta con una población asignada por ser un hospital nacional de tercer nivel de resolución.

En esta institución se recibe pacientes según la demanda, los cuales en su mayoría son pacientes provenientes del Cono norte y Lima Cercado y también de todos los distritos de Lima, provincias y departamentos del Perú.

Por el Seguro Integral de Salud (SIS), el Hospital San Bartolomé pertenece a la Red 2, de acuerdo a la cual reciben la transferencia de 4 centros de salud: C. S Mirones, P. S Villa María del Perpetuo Socorro, C. S Unidad Vecinal y C. S San Sebastián.

Algunas de las principales causas de mortalidad materno infantil presentadas en la institución son: Sepsis, Shock Séptico, malformaciones congénitas, enfermedades de la membrana hialina y hemorragia pulmonar.

A continuación dos cuadros en donde se especifican la cantidad de personal que en la institución labora.

ESTADO DE PLAZAS DE PROFESIONALES DEL PERSONAL A NIVEL DEL HOSPITAL - 2004	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Nº
Médico	134
Cirujano Dental	7
Químico Farmacéutico	6
Psicólogo	5
Biólogo	1
Obstetrices	42
Enfermeras	137
Nutricionistas	2
Asistentes Sociales	10
Tecnólogo Médico	28

70

El personal médico si bien pudiera considerarse numeroso para la institución, muchas veces no se da abasto para poder atender a todos los pacientes, ya sea por el tiempo, la infraestructura, condiciones de higiene, condiciones administrativas, etc.

71

TOTAL DE PERSONAS A NIVEL DEL HOSPITAL - 2004	
CATEGORÍA O NIVEL	Nº
Función Director	7
Personal administrativo	67
Personal asistencial	432
Profesional de la salud	289
Servicio no personal	209

TOTAL	1004
--------------	-------------

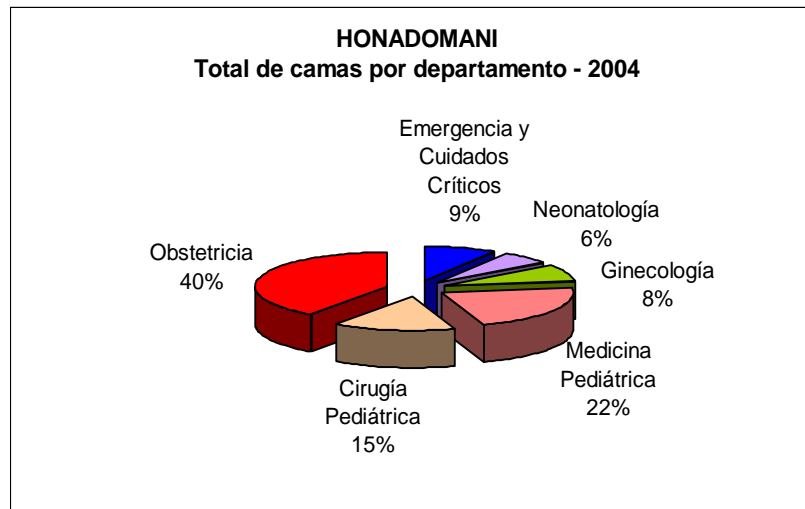
⁷⁰ Dirección Ejecutiva. Oficina de Estadística e Informática - 2004

⁷¹ Dirección Ejecutiva. Oficina de Estadística e Informática - 2004

En una entrevista concedida por el Dr. Santiago Cabrera, Director del Hospital San Bartolomé, se comentó el tema de que el hospital no se daba abasto para tanta población, por lo que se pensaba ampliar las instalaciones, superando así las 500 camas de hospitalización. A continuación un cuadro en donde se observa la distribución y el total de camas por departamento.

DISTRIBUCIÓN DE CAMAS POR DEPARTAMENTO HOSPITALIZACIÓN - 2004	
Departamento Gineco-Obstetricia	48.70%
Departamento Medicina Pediátrica	27.40%
Departamento de Cirugía	15%
Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	8.90%

72



⁷² Dirección Ejecutiva. Oficina de Estadística e Informática - 2004

Las camas presupuestadas por unidades orgánicas son:

- Obstetricia: 105 (Ginecología 9, Ginecología Oncológica 7, Reproducción Humana 9,

Aislados 7, Internos 5, Salas de Adolescentes, demás salas 62).

- Cirugía Pediátrica: 30 (Neonatología-Lactantes 10, Pre-Escolares 10, Escolares 10).

- Medicina Pediátrica: 43 (Lactantes 22, Pre-Escolar y Escolar 18, Aislados 3).

- Neonatología: 12 (Cuidados intermedios 7, referidos 5).

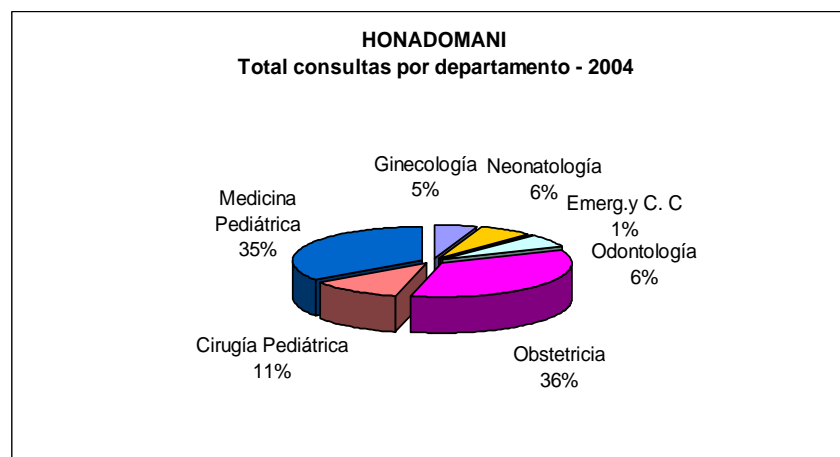
- Emergencia y cuidados críticos: 18 (Neonatología-Unidad Infantil 4, Neonatología –UCI 6, Pediatría 4, Obstetricia UCI 4).

En cuanto a las atenciones, varían de acuerdo a la especialidad, el profesional que atiende y la edad del paciente, como se ve en los cuadros siguientes:

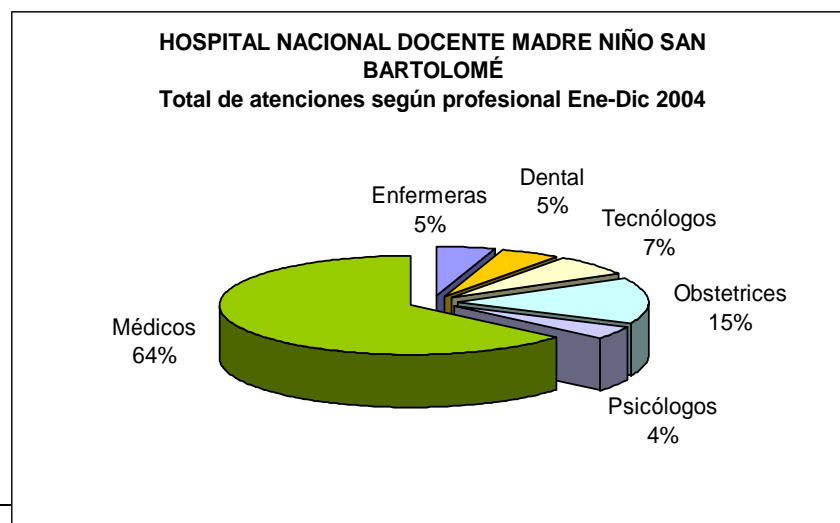
⁷³ Dirección Ejecutiva. Oficina de Estadística e Informática - 2004

TOTAL ATENCIONES SEGÚN LA EDAD A NIVEL DEL HOSPITAL - 2004	
0 - 1 Año	24.80%
1 - 4 Años	15.30%
5 Años	1.90%
6 - 14 Años	6.70%
15 - 19 Años	6.70%
20 - + Años	44.60%

74



⁷⁴ Dirección Ejecutiva. Oficina de Estadística e Informática - 2004

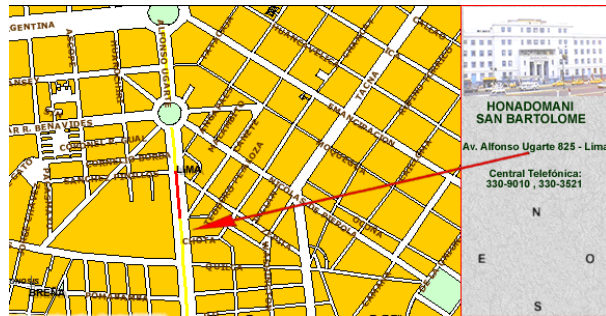


⁷⁵ Dirección Ejecutiva. Oficina de Estadística e Informática - 2004

⁷⁶ Dirección Ejecutiva. Oficina de Estadística e Informática - 2004

TOTAL DE CONSULTORIO FÍSICOS Y FUNCIONALES		
DESCRIPCIÓN	FÍSICOS	FUNCIONALES
Materno Perinatal	1	1
Ginecología	3	4
Obstetricia Alto Riesgo	3	4
Obstetricia Normal	3	4
Planificación Familiar (Obstetricia)	3	3
Planificación Familiar (Medicina)	1	1
Programa Salud Adolescente y del Escolar	1	1
Oncología / Colposcopia	1	1
Infertilidad y Atención Inmediata	1	1
Puérperas	1	1
Madre Adolescente	1	1
Psicoprofilaxis	2	3
Bienestar Fetal	1	2
Ecografía Ginecológica	2	3
Estimulación Pre-natal	1	1
Pediatría General	4	4
Neonatología	2	3
Programa de CRED (Médico)	2	3
Programa de CRED (Enf.)	3	4
Medicina Física y Rehabilitación (Médico)	1	1
Medicina Física y Rehabilitación (Tecnólogo)	4	5
URO (EDA)	1	2
Neurología Pediátrica	1	1
Endocrinología Pediátrica	1	1
Infectología	1	1
Cirugía Pediátrica	2	2
Anestesiología	1	1
Otorrinolaringología	2	2
Oftalmología	3	4
Odontostomatología	6	7
Medicina Personal	1	1
Medicina Interna	1	1
Cardiología	1	1
Neumología Pediátrica	2	2
Neumología Adulto	1	1
PCT. Enf.	1	1
PROCETS	1	2
Psicología	7	8
PROVENI	1	1
TOTAL	75	90

2.3 Descripción del proyecto



El Hospital San Bartolomé se encuentra ubicado en la Av. Alfonso Ugarte 825, Lima. Su planta ortogonal se debe a la alineación con las manzanas vecinas, conservando la tipología de la vivienda de la zona. Todos los pisos giran en torno a un espacio central, compuesto por el centro obstétrico y oficinas.

⁷⁷ Dirección Ejecutiva. Oficina de Estadística e Informática - 2004

Las fachadas también guardan relación con la tipología existente de la zona, perforaciones pequeñas y rectangulares, todas alineadas.

Este hospital tiene un proyecto de ampliación, en antiguo hospital, sin embargo contará con una con la demanda, ya que será una arquitectura por la institución.




los terrenos adyacentes, que sigue las líneas del mayor oferta tecnológica, y funcional, de acuerdo diseñada en cuanto a las necesidades ya conocidas

Como se ve, se sigue la idea del patio con los pasillos dispuestos perimétricamente alrededor de este y que a la vez sirve como elemento de iluminación y de ventilación.

2.4 Análisis de Planos

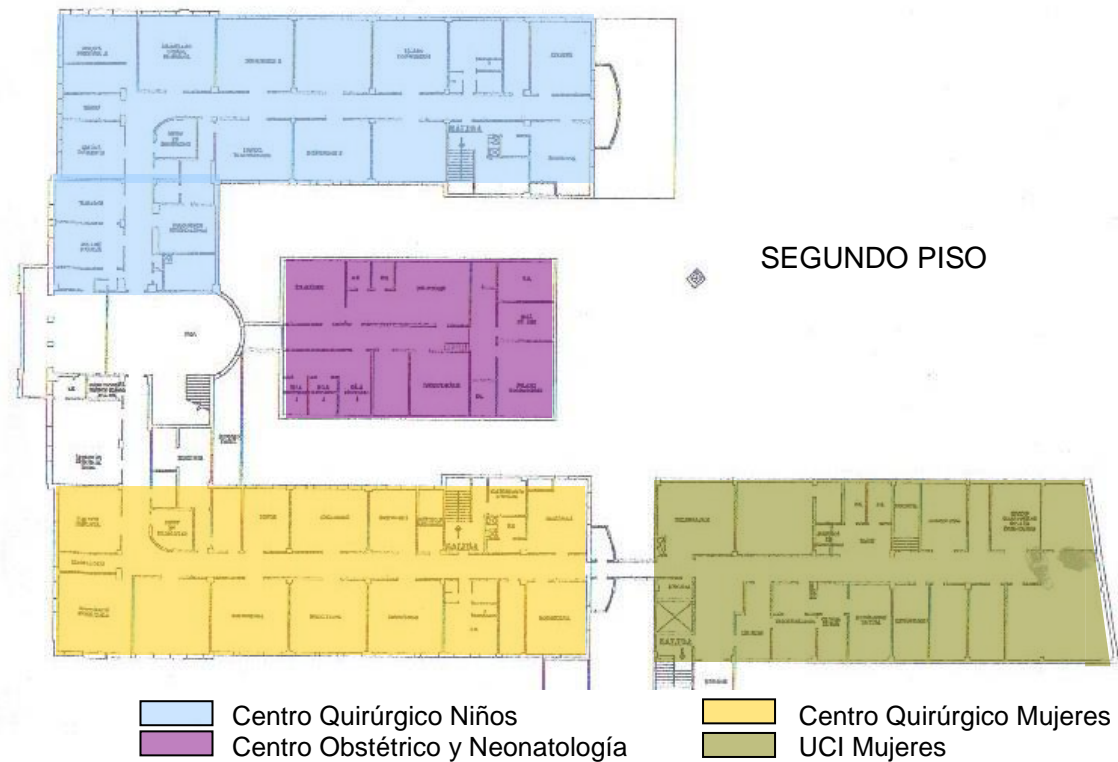


PRIMER PISO

 Ingreso hall

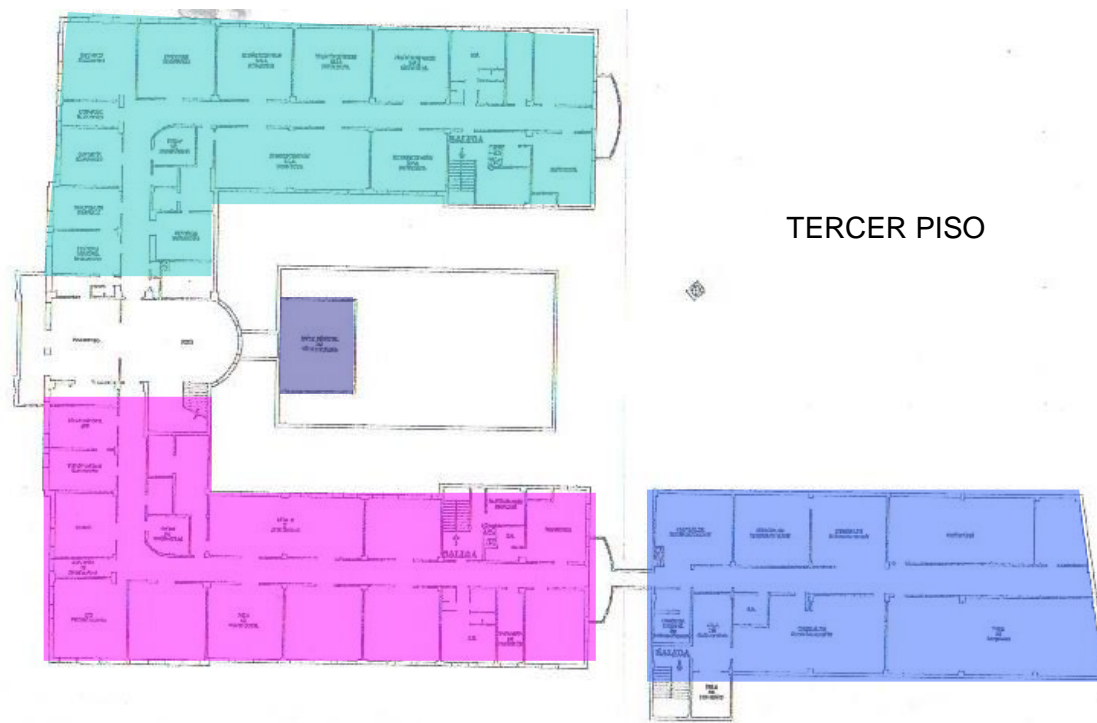
En la primera planta se desarrollan las actividades de administración y las de consulta, en el caso de Consulta Externa para mujeres el ingreso es por la Calle Quilca y el ingreso para consulta Externa Niños es por la Calle Chota.

Es por la calle Chota donde se encuentra el estacionamiento de hospital, y donde a su vez se realizan las vacunas de los niños, control de crecimiento, consultas para recién nacidos, la unidad bronco pulmonar, cunas guarderías, un lugar inapropiado para una necesidad fundamental, en donde tampoco hay espacio suficiente para que la madre pueda estar sentada tranquila con su bebé, y en donde hay un constante movimiento de autos.



En el segundo piso se encuentran las unidades de Centro Quirúrgico de niños y de mujeres así como la unidad de cuidados intermedios de mujeres.

Todos estos espacios giran en torno al volumen central del centro obstétrico.



En esta tercera planta se encuentra la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, así como la extensión del Centro Obstétrico y la Unidad de Cirugía, además del CEYE.



En la cuarta planta se encuentran los laboratorios, patología clínica, odontoestomatología, oficinas de docencia e investigación y de planificación familiar.



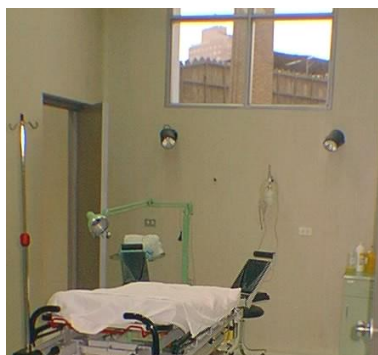
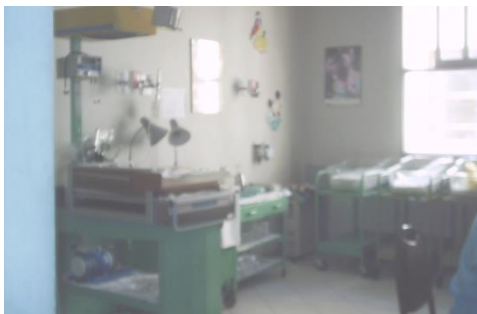
En el quinto piso se encuentran la Residencia Médica y Anatomía Patológica y en el Sexto el Cuarto de Máquinas.



NEONATOLOGÍA



CONSULTORIO



SALA DE PARTOS



CIRUGÍA NEONATAL



2.5 Programación y Equipamiento

EQUIPAMIENTO: El hospital cuenta con un total de 265 camas presupuestadas pero 276 las que están en funcionamiento. Están distribuidas de la siguiente manera:

MEDICINA PEDIÁTRICA: 114 camas presupuestadas, 114 camas en funcionamiento

CIRUGÍA PEDIÁTRICA: 60 camas presupuestadas, 60 camas en funcionamiento

OBSTETRICIA: 79 camas presupuestadas, 90 camas en funcionamiento

GINECOLOGÍA: 12 camas presupuestadas, 12 camas en funcionamiento

PROGRAMACIÓN:

DEPARTAMENTOS GENERALES:

- **DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN:** dirección, administración de personal, contabilidad, abastecimientos, educación para la salud, servicio religioso, central de documentación y archivos.
- **SISTEMA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS**
- **LIMPIEZA Y VIGILANCIA:** limpieza, jardines, portería, serenazgo.

- **MANTENIMIENTO:** casa de fuerza, talleres, incinerador.
- **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA:** cocina, repostería, distribución de alimentos, comedores, laboratorios de leche, almacén de víveres frescos.
- **ESTADÍSTICA:** admisión estadística y archivos.

DEPARTAMENTOS INTERMEDIOS:

- **LABORATORIO:** laboratorio clínico, anatomía, patología, banco de sangre.
- **RADIOLOGÍA:** radiología y radioterapia.
- **FARMACIA:** atención de farmacia, dieta y medicamentos básicos.
- **MEDICINA FÍSICA:** electroterapia, hidroterapia, mecanoterapia, etc.
- **SERVICIO SOCIAL:** de casos, grupos y comunidad.
- **JEFATURA DE ENFERMERÍA:** jefatura y supervisión de enfermería.
- **CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN:** recepción, preparación, esterilización y distribución.
- **CENTRO QUIRÚRGICO**

DEPARTAMENTOS FINALES:

- **CONSULTA MÉDICA:** gineco-obstetricia, medicina pediátrica, cirugía pediátrica, pediatría y especialidades.
- **ATENCIÓN DE URGENCIA:** hospitalización gineco-obstétrica, pediatría, pediatría y especialidades, odontoestomatología, visita de enfermeras, vacunaciones.

2.6 Conclusiones:

El hospital Materno Infantil “San Bartolomé”, es el más antiguo de los hospitales que existen en Lima. Ha sido remodelado en gran parte, conservando íntegramente su patio principal debido a que ha sido declarado monumento histórico, funcionando solo como la unidad administrativa.

Las ampliaciones y remodelaciones han sido realizadas con material noble, siendo el material original de adobe, madera y quincha.

Al ser un hospital con una tipología antigua, de tipo basilical, no se da abasto para atender a la población asignada para dicho hospital y por ende su infraestructura no es la adecuada ya que hay muchos espacios que han sido agregados con el tiempo y que no estuvieron dentro de la planificación original. Además al ser primero un hospital general, tuvo que adaptar sus ambientes para un usuario materno infantil.

En una visita realizada, pude notar que la Unidad de Consulta Externa es insuficiente y se presenta una gran congestión de público, debido a que los corredores son estrechos y sirven a la vez como zona de espera para los pacientes.

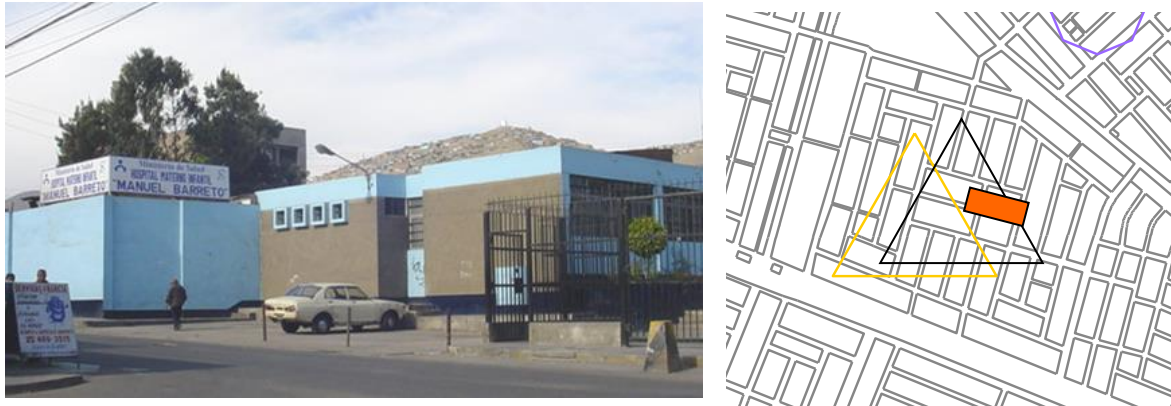
Gran parte de las áreas libres que existían de su diseño original han sido utilizadas para ampliaciones, razón por la cual ya no hay posibilidades de expansión en el primer piso.

Tampoco existe una circulación diferenciada, produciéndose un cruce de pacientes, de público y de personal.

Es un hospital compacto con poca área de ventilación e iluminación natural.

3. Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto

3.1 Historia



Comenzó como un Hospital Materno Infantil de San Juan de Miraflores, pero al no darse abasto para toda la población y al no atender ningún tipo de cirugía, descendió de nivel y ahora es un Centro de Salud.

Se encuentra ubicado en la intersección de las calles Abril y Barreto. Es un poco inaccesible ya que no hay calles directas a él desde la Av. Los héroes por lo que las madres se pierden constantemente.

Este centro de salud, atiende a las mujeres de la jurisdicción Manuel Barreto. Sin embargo, como ya se ha mencionado, al ser el único centro de salud capacitado en cierta manera para la atención de partos del distrito de San Juan de Miraflores, su demanda es aproximadamente de:

- Mujeres en Edad Fértil (15 – 49 años) : 16 228 hab.
- Población Infantil (0 – 14 años) : 14 902 hab.

El número de gestantes y nacimientos estimados para el 2004 es el siguiente:

- Gestantes Estimadas : 1300 hab.
- Nacimientos Estimados : 1040 hab.

Como se ve en estas cifras, el número de gestantes estimadas no coincide con el número de nacimientos, eso quiere decir que muchas de las gestantes optan por ser atendidas en otros establecimientos o pueden haber ocurrido muertes del niño durante el nacimiento.

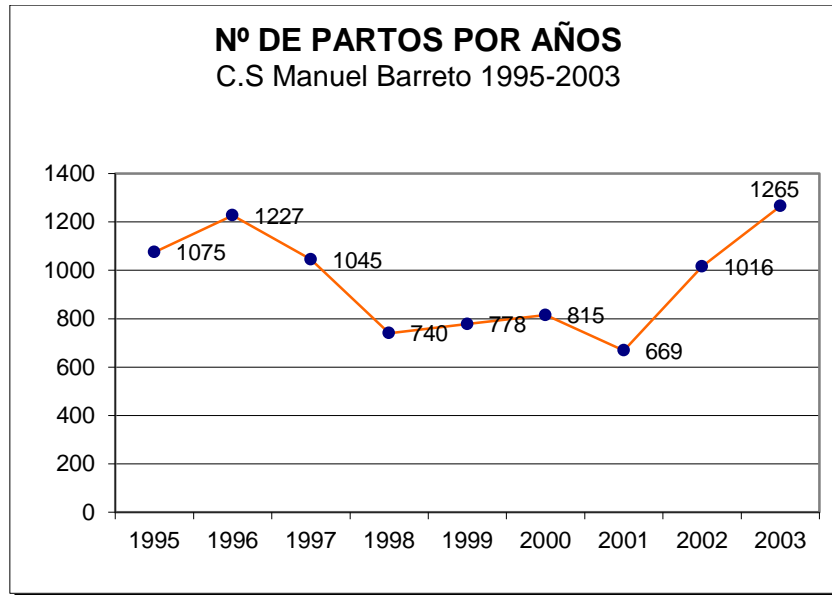
3.2 Situación Materno Infantil

El distrito de San Juan de Miraflores, se encuentra dividido en 6 jurisdicciones de salud. Sin embargo, el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto, es el único centro en el distrito donde se atienden partos de manera natural.

En el caso de que se presenten cesáreas o cirugías de alto riesgo, dicho centro no está en capacidad de atenderlos. Es decir, a la población asignada a la jurisdicción de Manuel Barreto, habría que aumentarle el de las otras jurisdicciones.

En el caso de los embarazos de alto riesgo, cesáreas u alguna otra complicación, los casos son derivados al Hospital María Auxiliadora muchas veces en el momento mismo del alumbramiento. Las futuras madres que han tenido controles prenatales saben con anterioridad el tipo de parto que tendrán y por lo tanto deciden el lugar de atención.

Como se ve en el siguiente cuadro, el número de partos atendidos en dicha institución está en aumento.



78

Éstas estadísticas responderían a la pregunta del por qué del congestionamiento de la institución e implicaría, a su vez, el necesario aumento de camas tanto para la madre como para el niño.

Los consultorios para la atención infantil son mínimos, y no atienden tampoco ningún tipo de cirugía. Como paciente pediátrico objetivo, se puede decir que atienden a un grupo de lactantes y pre-escolares, siendo una población aproximada de 3067 habitantes.

⁷⁸ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2003

3.3 Descripción del Proyecto

Es un centro de salud, con un esquema básico, no tiene ningún eje ordenador. Cuenta con los espacios necesarios pero que no están organizados ni ordenados como por ejemplo, la lavandería se encuentra en el área de hospitalización y el laboratorio del centro de salud es muy pequeño. Algunos espacios como son la dirección y jefatura se encuentran alrededor de un patio de luz, pero que ha sido reducido, ya que se han tenido que aumentar más espacios como es Triage, en donde se ve la talla, peso y presión del niño.

INFRAESTRUCTURA INSTITUCIONAL

Es un centro de salud, que no se da abasto para toda la población que atiende, no cuenta con una muy buena infraestructura y muchos de sus equipos se encuentran en muy mal estado. No cuenta con sala de operaciones, ni un área de neonatología. Las camas de la zona de maternidad no tienen las medidas necesarias para la madre y para el niño.

No cuenta con camas de hospitalización, solo con camas de internamiento para puérperas, es decir para aquellas que acaban de dar a luz.

Este centro de salud cuenta con:

- Camas de internamiento puérperas : 12 camas

- Camas de parto : 02 camas
- Camas de dilatación : 03 camas

3.4 Programación

El Centro de Salud Materno Infantil



HALL DE INGRESO

Manuel Barreto de San Juan de Miraflores

cuenta con los siguientes espacios:

AMBIENTES	Nº
• Consultorio de Medicina General	7
• Consultorio de Otorrinolaringología	1
• Consultorio Dental	2
• Traumatología	1

• Ginecología	1
• Obstetricia	4
• Psicología	3
• Servicio Social	3
• Enfermería	1
• Nutrición	2
• Planificación familiar	
• Unidad de Emergencia	
• Unidad de Hospitalización	
• Ecografía y Rayos X	
• Laboratorio	
• Farmacia	
• Saneamiento Ambiental	
• URO, TBC	

3.5 Conclusiones

Este centro de salud, al ser el único del distrito con atención para la madre durante el embarazo, no se da abasto ni cuenta con la infraestructura y equipamiento necesario para la población asignada. Tampoco tiene espacios para la atención de la madre, ni para sus familiares, ni salas de recreo para los niños.

Es un centro de salud mal ubicado, ya que se encuentra distante de la vía principal Av. Los Héroes, por lo que es de difícil acceso para las madres y para los autos. Además se encuentra al costado de un centro educativo, lo cual es fuente de ruidos, que según el reglamento deben de ser evitados.

El proyecto, no tiene algún tipo de orden ni jerarquía de espacios, se combinan en muchos casos las unidades de hospitalización con los de servicios generales, unidades que deberían estar completamente separadas, se han tenido que hacer ampliaciones precarias para ofrecer más servicios.

Debería de poder estar en la capacidad de atender cesáreas y cirugías para así contribuir a disminuir las tasas de mortalidad materno infantil, elevadas en el distrito.

CAPÍTULO 7

SITUACIÓN DE SALUD EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES

1. Problemática del Sistema de Salud y Estado Sanitario

El distrito de San Juan de Miraflores, tiene una latitud Sur 12 08 36 y una longitud 76 58 12. La altitud del distrito es de 141 m.s.n.m correspondiendo a la región Costa, su topografía consta de un suelo en su mayoría arenoso, rocoso y en algunas zonas arcillosas con algunos cerros cuya altura máxima corresponde a 724 m.

Limita por el Norte con los distritos de Santiago de Surco y Chorrillos, por el Sur con Villa María del Triunfo y Villa El Salvador, por el Oeste con Chorrillos y Villa El Salvador y por el Este con Santiago de Surco y Villa María del Triunfo.

Cuenta con una extensión territorial de 23,98 Km. y cuenta con una población al año 2004 de 384,454 habitantes, siendo la densidad poblacional de 16,302 hab./km²⁷⁹, constituyéndose como el distrito sureño más poblado de Lima.

La población está formada en gran parte por una población migrante de zonas andinas que trae consigo sus creencias y costumbres así como su propio perfil epidemiológico.

El clima es sub-tropical, caluroso húmedo y con escasas lluvias. Tiene una humedad relativa de 95 a 99%. Dentro de este clima, se encuentra la zona de Nueva Pamplona en la cual se ha originado un micro clima donde predominan las nieblas bajas y la humedad.

La fauna y la flora local han sido depredadas por el proceso de urbanización, pero merece mencionarse que algunas lomas cuentan con vegetación y la presencia de aves migratorias como las “garzas africanas”.

Las vías de acceso principales al distrito son:

- La Carretera Panamericana Sur.
- La Av. Alipio Ponce que lo comunica con el distrito de Chorrillos.

⁷⁹ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2004

- La Av. Pachacútec.
- La Av. Defensores Lima.
- La Av. Miguel Iglesias que lo comunica con el distrito de Villa El Salvador.

Tanto la Carretera Panamericana Sur como la Av. Pachacútec, actúan como corredores migratorios, ubicándose en esta última algunos terrapuestos.

La construcción del tren eléctrico que transcurre por la Av. Próceres, ha provocado dificultades de accesibilidad entre su margen derecha e izquierda, lo que virtualmente ha dividido al distrito en dos:

- **LA ZONA ESTE**

Esta zona tiene una realidad socio-económica totalmente diferente a la del oeste, ya que está formada en gran parte por invasiones.

Las principales vías de acceso son la Av. Defensores de Lima, la Av. Central y la Av. Caravelí.

- **LA ZONA OESTE**

Está formada por urbanizaciones y cooperativas de vivienda. Las principales vías de acceso son la Av. Alipio Ponce y Miguel Iglesias, las Av. San Juan de Miraflores y César Canevaro.

Dentro de esta realidad geográfica se distinguen 3 macro-escenarios epidemiológicos:

- **ESCENARIO URBANO**

Conformado por las zonas más antiguas del distrito, en donde la mayoría de la población cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe, electricidad, fácil acceso a los servicios de salud, educación, esparcimiento y cultura.

- **ESCENARIO URBANO MARGINAL**

Conformado por zonas de reciente creación que no cuentan con los servicios básicos completos de agua, desagüe y electricidad, tienen dificultad de acceso a los servicios de salud, educación, esparcimiento y cultura.

- **ESCENARIO DE EXTREMA POBREZA**

Zonas de reciente formación a raíz de la invasión de la zona conocida como Nueva Pamplona que constituye el último polo de crecimiento territorial del distrito. Estas invasiones se han ubicado en áreas geográficas no aptas para la vida humana y no cuentan con acceso a los servicios básicos permanentes.

Además, el distrito, cuenta con algunos micro-escenarios como son:

- **LA ZONA INDUSTRIAL**

En esta zona predomina la existencia de fábricas de curtiembre de cueros y productos de plásticos, que por el manejo de gran cantidad de contaminantes, constituyen una zona de alto riesgo para la salud.

- **LA ZONA AGROPECUARIA**

Ubicada en la zona de la Rinconada, donde se han dado las últimas invasiones con zonas de viviendas precarias carentes de todos los servicios, exponiéndose la población a un mayor riesgo epidemiológico.

- **LAS LAGUNAS DE OXIDACIÓN**

Son grandes fuentes de producción de epidemias como la Malaria, lo que podría constituirse en un futuro como un escenario de cría de vectores (zancudos).

- **LA ZONA ROJA DE SAN JUAN**

Ubicada en las avenidas Los Héroes, Miguel Iglesias y la zona conocida como el Boulevard. Esta zona es un escenario de alto riesgo para la Transmisión de Enfermedades Sexuales (ETS)

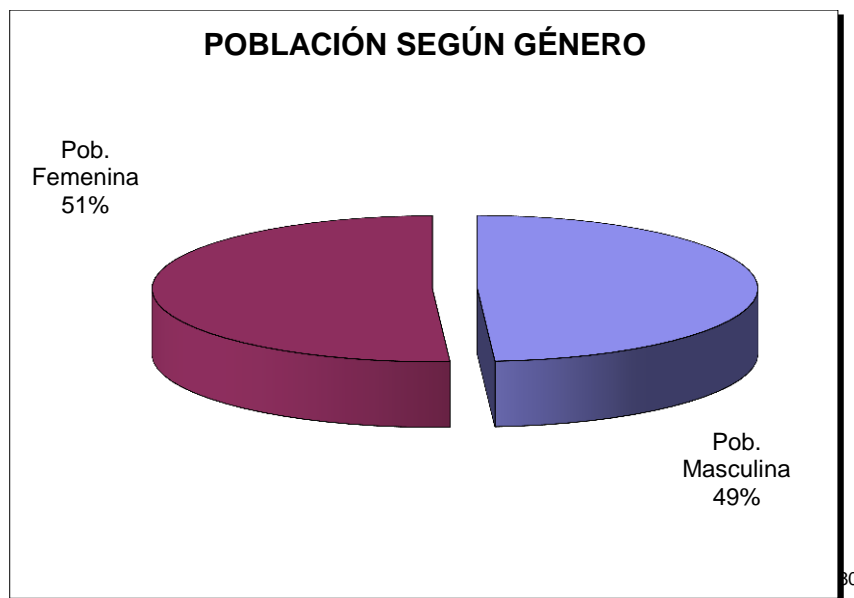
En el distrito de San Juan de Miraflores, existen lugares de esparcimiento que concentran grandes multitudes durante festividades locales.

Éstas son el Parque Zonal Huayna Cápac, el Complejo Deportivo 2001, el Centro de Esparcimiento de la Universidad Ricardo Palma y el sector conocido como el Boulevard, que cuenta con locales de vida nocturna.

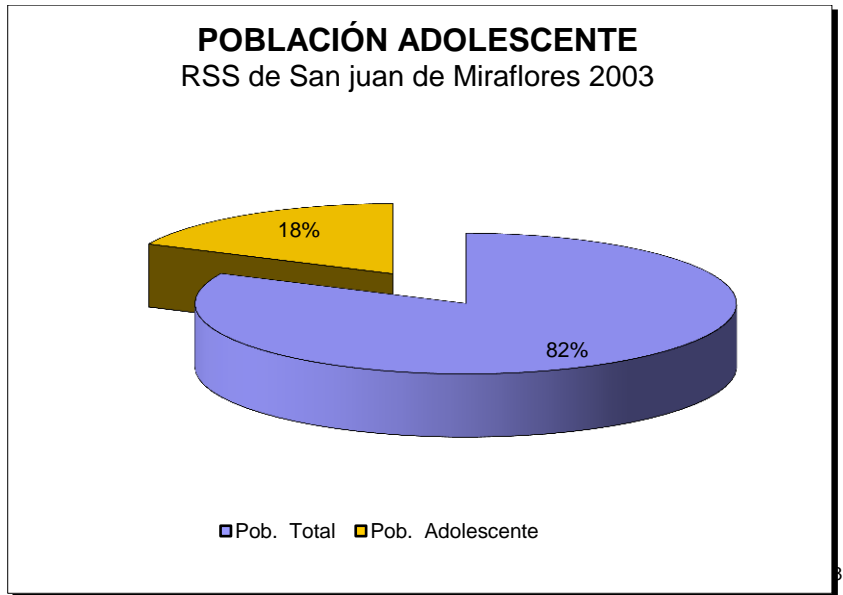
RECURSO HUMANO E INFRAESTRUCTURA SANITARIA

La población está formada en gran parte por población migrante de zonas andinas procedentes de Puno, Ayacucho, Huancavelica y Apurímac. Estas poblaciones, traen sus creencias, costumbres y se agrupan en núcleos según procedencia.

Como se ve en los cuadros siguientes, la población femenina ocupa el 51%, mientras que la población adolescente ocupa el 18% de la población total del distrito.



⁸⁰ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2003



RED DE SERVICIOS DE SALUD

La Red de Servicios de Salud del distrito de San Juan de Miraflores, se encuentra ubicada en el Cono Sur de Lima. Administrativamente, pertenece a la jurisdicción de la Dirección de Salud II Lima Sur. Esta Red de Servicios está conformada por seis jurisdicciones sanitarias compuestas por seis centros de salud y sus respectivos puestos de salud, haciendo un total de 22, según se detalla.

⁸¹ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2003

- **Jurisdicción Sanitaria del C. Salud Materno Infantil “Manuel Barreto”**

Población atendida: 55 697 Hab.- 14.5%

- Jurisdicción Sanitaria Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto.
- Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud San Francisco de la Cruz.
- Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud Virgen del Buen Paso.

- **Jurisdicción Sanitaria del Centro de Salud “Villa San Luis”**

Población atendida: 40 435 Hab.- 13%

- Jurisdicción Sanitaria Centro de Salud Villa San Luis.
- Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud 12 de Noviembre.

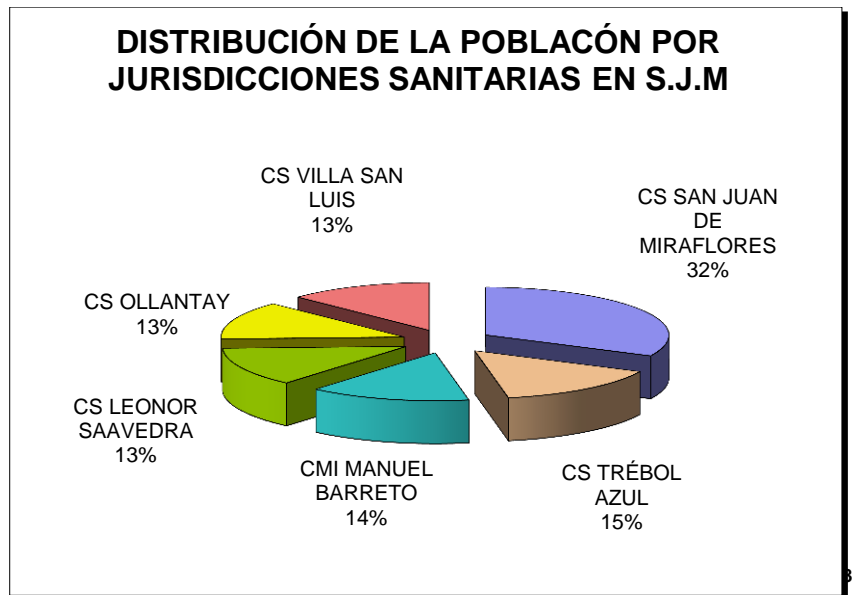
- **Jurisdicción Sanitaria del Centro de Salud “Trébol Azul”**

Población atendida: 58 495 Hab.- 15.2%

- Jurisdicción Sanitaria Centro de Salud Trébol Azul.
 - Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud Santa Úrsula.
 - Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud Ricardo Palma.
 - Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud Paraíso.
 - Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud Pacífico.
-
- **Jurisdicción Sanitaria del Centro de Salud “San Juan de Miraflores”**
Población atendida: 126 389 Hab.- 32.9%
 - Jurisdicción Sanitaria Centro de Salud San Juan de Miraflores.
 - Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud Villa Solidaridad.
 - Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud Pampas de San Juan.
 - Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud Valle Sharon.
-
- **Jurisdicción Sanitaria del Centro de Salud “Ollantay”**
Población atendida: 50 975 Hab.- 13.2%
 - Jurisdicción Sanitaria Centro de Salud Ollantay.

- Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud La Rinconada.
- Jurisdicción Sanitaria Puesto de Salud 5 de Mayo.

- **Jurisdicción Sanitaria del Centro de Salud “Leonor Saavedra”**
Población atendida: 51 717 Hab.- 13.4%
 - Jurisdicción Sanitaria Centro de Salud Leonor Saavedra.
 - Jurisdicción Sanitaria Centro de Salud El Brillante.
 - Jurisdicción Sanitaria Centro de Salud 6 de Julio.
 - Jurisdicción Sanitaria Centro de Salud Jesús Poderoso.



INFRAESTRUCTURA

AMBIENTES PARA LA ATENCIÓN

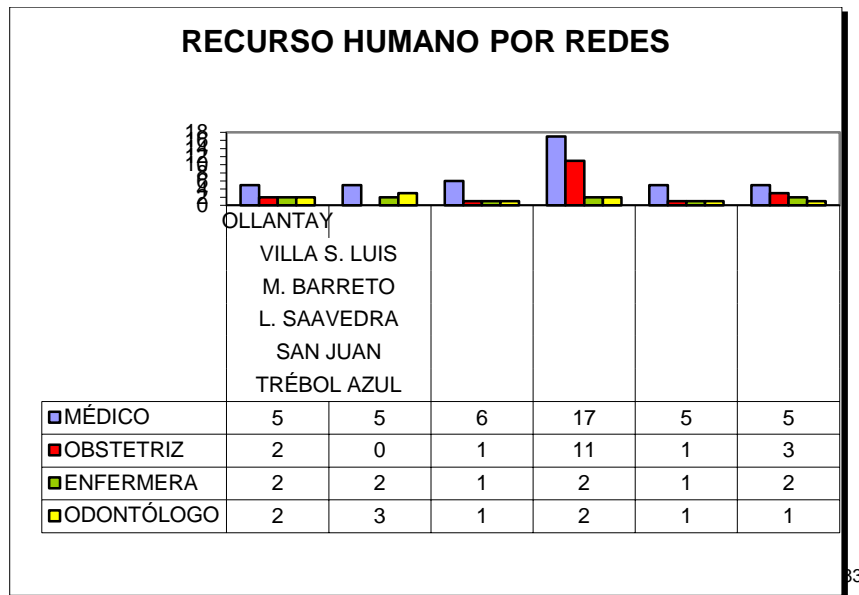
El número de ambientes para la atención es insuficiente en todos los Establecimientos de Salud de la Red San Juan de Miraflores. Esto genera una sobreutilización de la infraestructura llevando a compartir los servicios como los tópicos que son

⁸² Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2003

usados a la vez como consultorios, además de la subdivisión de los ambientes generando la tugurización de algunos establecimientos.

San Juan de Miraflores sólo atiende partos en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto y eventualmente en el HAMA. En el caso del C.M.I Manuel Barreto cuenta solo con 12 camas de internamiento. Sólo 5 de los 6 Centros de Salud que conforman la red de establecimientos periféricos cuentan con laboratorio. La Red de San Juan no tiene este servicio, pues no cuenta con la infraestructura adecuada. El servicio de imagenología solo está disponible en el centro de Salud Leonor Saavedra y Manuel Barreto.

De los 22 establecimientos de la Red San Juan de Miraflores, sólo 2 como son las Pampas de San Juan y 5 de Mayo, no ofrecen atención odontológica. Esta gran capacidad de ofertar servicios de este tipo hace que las enfermedades odontológicas ocupen el segundo lugar como causa de atenciones.



El cuadro muestra la escasez de recursos humanos estables en la red, especialmente en los puestos de salud donde algunos no cuentan con un médico permanente. La cantidad de médicos promedio en los centros de salud es de 5 médicos, los cuales deben realizar turnos de mañana y tarde, realidad preocupante si consideramos que por lo menos un médico (jefe) debe desarrollar además actividades de tipo administrativas y algunos programas de salud.

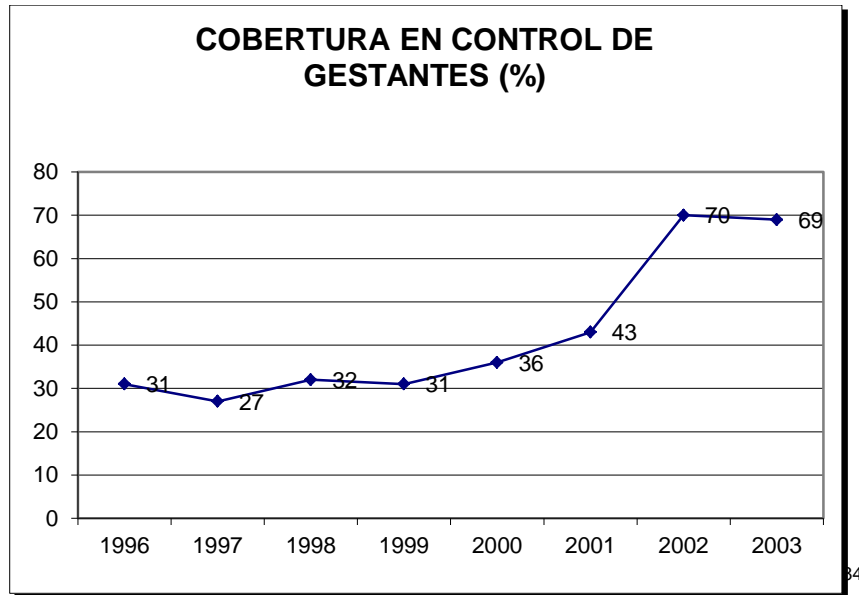
2. Situación Materno Infantil

⁸³ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2003

Una de las principales causas de atención en el adulto se refiere a las Enfermedades Obstétricas, de las cuales el 64% son trastornos relacionados con el parto.

En el distrito de San Juan de Miraflores, el único centro de salud en condiciones de atender partos es el CMI Manuel Barreto, sin embargo este centro no está capacitado para atender cesáreas, ni partos con alto riesgo, ni cualquier tipo de complicación que se pudiera presentar, por ello, muchas madres son trasladadas al H.A.M.A.

Sin embargo, como se ve en el siguiente cuadro, la Cobertura en el Control de las Gestantes está en aumento. Mientras esto sucede, el número de partos no atendidos no siguen la misma tendencia, lo que indica que las madres gestantes se controlan en los centros de salud del distrito pero la mayoría da a luz en otros establecimientos.

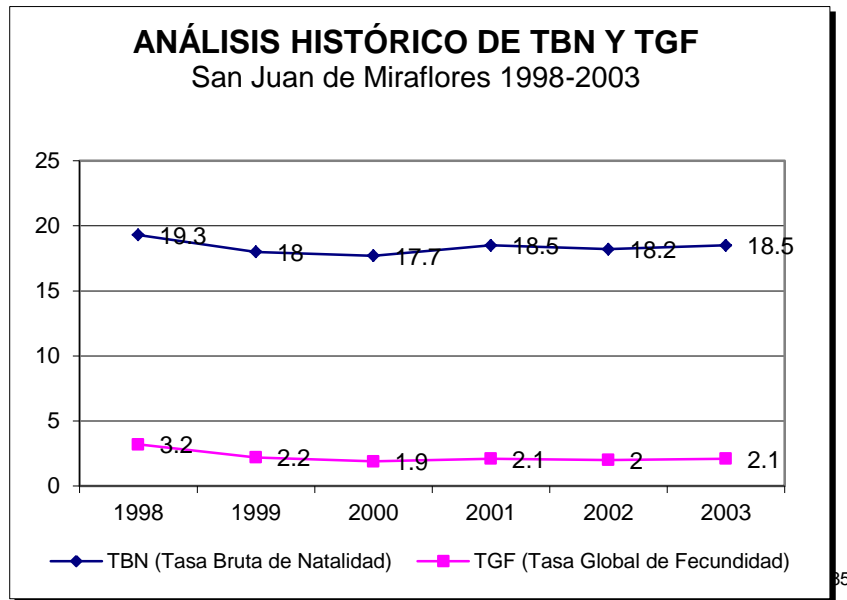


A pesar de la alta tasa de mortalidad perinatal, la red San Juan de Miraflores cuenta con un escaso número de obstetrices.

El temor y la desconfianza de las madres hacia los centros de salud, hacen que ellas no acudan a los centros de salud a dar a luz, ya que manifiestan que no hay una buena infraestructura, ni un buen trato hacia ellas y hacia los niños.

⁸⁴ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2003

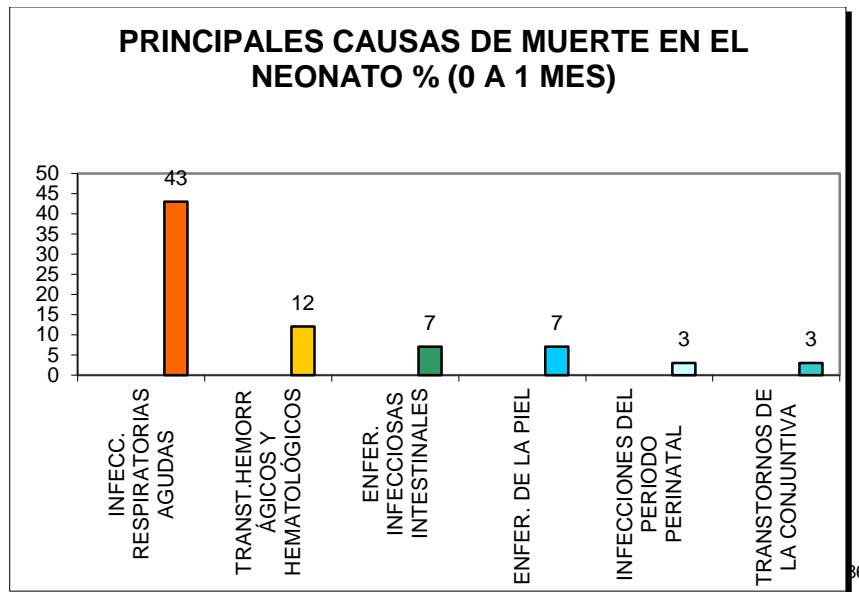
En el siguiente cuadro se observa, que la Tasa Bruta de Natalidad, está en aumento y la Tasa Bruta de Fecundidad, se mantiene a un promedio de dos hijos.



EL NEONATO

⁸⁵ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2003

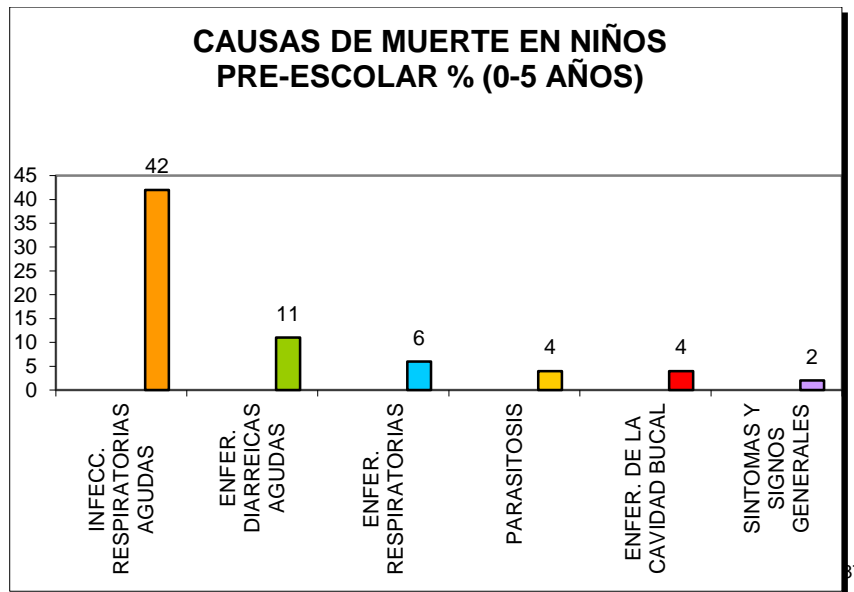
El siguiente cuadro muestra las principales causas de muerte de los recién nacidos, que abarca hasta el primer mes de vida. Entre las principales causas se encuentran las Infecciones Respiratorias agudas con un 43%, seguido de los Trastornos Hemorrágicos, representado principalmente por la hemorragia del cordón umbilical.



EL PRE-ESCOLAR

⁸⁶ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2004

El siguiente cuadro, muestra las principales causas de muerte de niños en etapa pre-escolar, es decir de los 0 a 5 años, que acuden a los establecimientos de Salud del distrito. El primer lugar, lo ocupan las infecciones respiratorias agudas que equivalen al 42%, seguido de las enfermedades diarreicas agudas con un 11%. Casi el 60% del total de cada causa de muerte, corresponde a niños entre los 0 a 2 años.

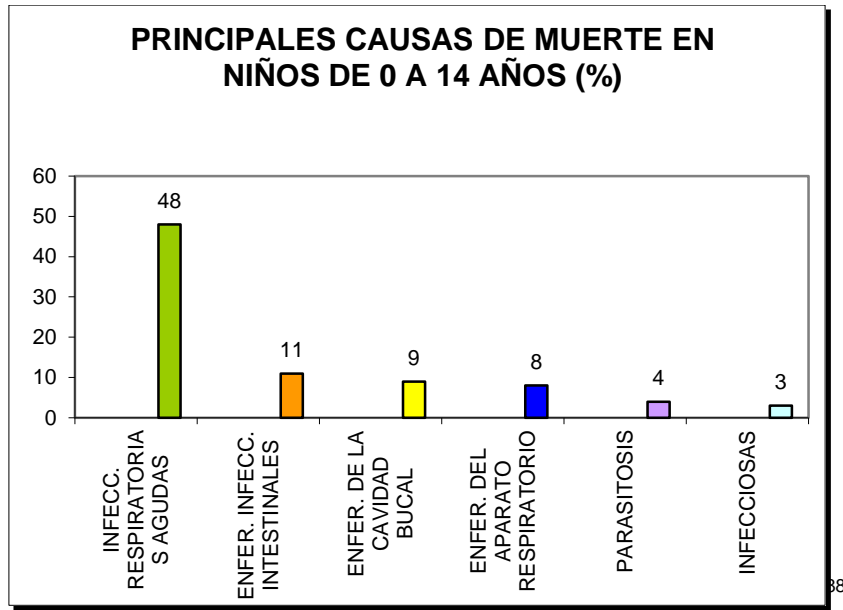


⁸⁷ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2004

EL NIÑO

El siguiente cuadro, muestra las principales causas de mortalidad del niño. Ocupa el primer lugar, las infecciones respiratorias con un 47%, seguido de las enfermedades intestinales con un 11%.

Cabe señalar que muchas de las enfermedades en la niñez son originadas en el periodo neonatal y son arrastradas hasta en algunos casos la adultez.



3. Conclusiones

El distrito de San Juan de Miraflores se encuentra dividido en 6 jurisdicciones de salud, los cuales tienen una población asignada y cuentan, cada una, con centros de salud.

⁸⁸ Fuente: Análisis Situacional de Salud de la RSS. San Juan de Miraflores 2004

Las principales causas de muerte en el distrito, afectan a la población materno infantil debido a que no se cuenta con los mecanismos necesarios para evitarlo, como son centros de salud, hospitales, programas de prevención, de vacunación, etc.

En cuanto a la infraestructura hospitalaria, el único centro de salud en condiciones de atender partos es el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto, el cual no está capacitado para atender cesáreas, partos de alto riesgo, ni cualquier tipo de complicación que se pudiera presentar, por ello, muchas madres son derivadas al Hospital María Auxiliadora.

Esto viene a ser muy perjudicial para las madres ya que muchas veces son trasladadas de emergencia, incrementando las tasas de mortalidad en la madre y el niño.

Al ocurrir esto, el Hospital María Auxiliadora se satura en la atención materno infantil. Por ello, el proyecto del Hospital Especializado Materno Infantil sería un anexo a dicho hospital de manera de atender a dicha población habilitando al hospital para la atención de otras especialidades.

CAPÍTULO 8

EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

1. Antecedentes Históricos

1.1 Historia

En 1971, durante el gobierno del General Juan Velasco Alvarado, se dan las bases para la creación de un Hospital Materno Infantil en el distrito de San Juan de Miraflores. Para ello, se otorgó un terreno de 44, 556 m² (4.45 ha.), localizado entre la Av. Pachacútec y la Av. Miguel Iglesias.

Un año después se encomienda la elaboración del proyecto arquitectónico a la Junta de Asistencia Nacional (JAN) y con Registro Ministerial N° 0282-73-5A/AS, el 25 de diciembre de 1973, se faculta el inicio de su construcción con el nombre de Hospital Materno Infantil María Auxiliadora.

Sin embargo, por escasos recursos en 1974, la JAN transfiere la construcción a la Beneficencia Pública de Lima, la cual a través de un crédito otorgado por el convenio Hospitalario Internacional GMBH de la República de Alemania y con los recursos del Tesoro Público, se inicia la construcción, pero problemas con la resistencia del terreno, paralizaron la obra por 3 años.

El 24 de abril por D. L N° 21852 se declara Hospital General y a partir de 1978 se dispuso con la continuación de las obras. En 1983, el Tesoro Público asigna un monto complementario para la terminación de la obra y la adquisición del equipamiento hospitalario.

El 29 de diciembre, de ese mismo año, durante el gobierno del Arq. Fernando Belaúnde Terry y siendo Ministro de Salud el Dr. Juan Franco Ponce, se inauguró esta dependencia implementada de consultorios externos. Se nombró como primer director al Dr. Rodolfo Rivoidí Arrieta. En abril de 1985, se inaugura parcialmente el Servicio de Emergencia.

En 1986, se convoca a un concurso de plazas asistenciales y administrativas para el Servicio de Hospitalización. En el mes de octubre del mismo año, se inaugura el mencionado servicio, marcando así el inicio en pleno del Hospital María Auxiliadora, asistiendo el entonces presidente Alan García y el Ministro de Salud el Dr. David Tejada de Rivero.

1.2 Población atendida y situación actual

Atiende anualmente 285,971 consultas externas, 74,443 atenciones por servicios de emergencias, 14,070 egresos hospitalarios, y 7,642 intervenciones de cirugía mayor a través de 4 departamentos asistenciales todos ellos guiados por una Dirección General.

Al ser el único hospital del Cono Sur, la población de esos distritos saturan el hospital, pero a pesar de ello el hospital debe estar en la capacidad de poder atender a todos ellos. La relación cama hospital actual por habitante es de 1 /6,165 contra el teórico que es 1/1,000.

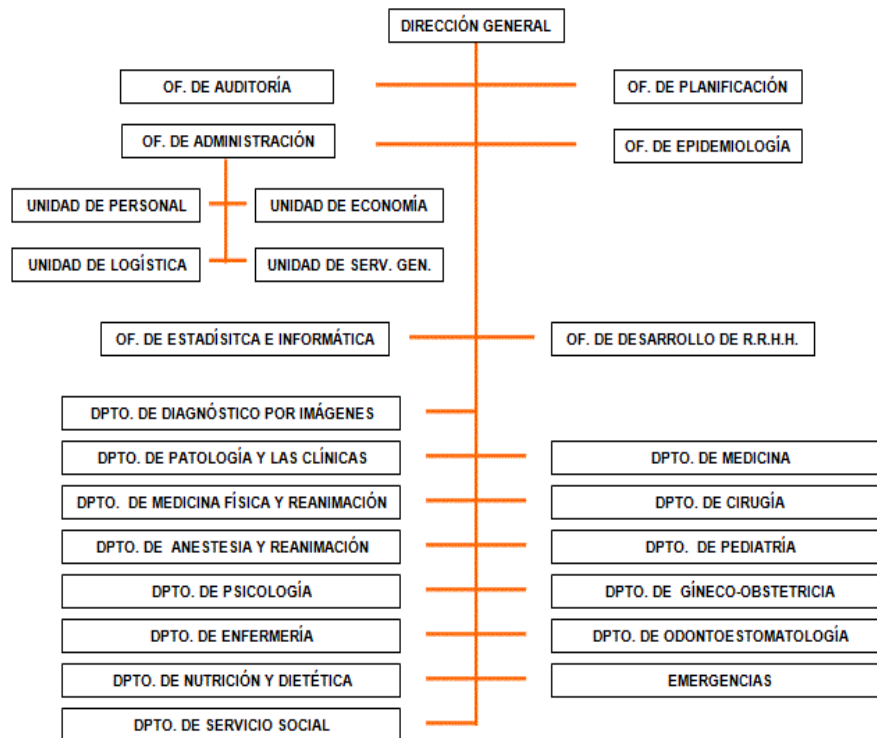
Cuenta con 80 consultorios externos, 6 consultorios en emergencia, 8 Programas de salud, 7 salas de operaciones, 315 camas disponibles de internamiento, 31 camas del servicio de emergencia (10 para adultos y 21 para pediatría) y 22 camas del centro obstétrico.

En el caso de las atenciones materno infantiles, el Hospital María Auxiliadora es el único centro de salud del Cono Sur, con capacidad para atender cesáreas y partos de riesgo, por tal motivo esto contribuye a saturar al hospital en el área materno infantil. Sin embargo, al no ser un centro de salud especializado en la materia su distribución interna es un poco perjudicial para la madre y el niño, ya que por ejemplo el Centro Obstétrico se encuentra en el 2º piso, el área de internamiento en el 3º piso, la zona de Emergencia en el 1º piso y Pediatría en el 6º piso.

Esto quiere decir que si el recién nacido tiene complicaciones, tiene que ser llevado desde el 1º piso al 6º piso, lo cual es sumamente peligroso para el neonato, debiendo estas áreas estar muy cerca una de la otra.

254

1.3 Organización Estructural del Hospital María Auxiliadora



2. Antecedentes Arquitectónicos

2.1 Tipología



El Hospital General "Maria Auxiliadora se desarrolla sobre una extensión superficial de 44,556 m2, con un área construida de 23,523.00 m2. Conformada por 5 volúmenes, 4 de tendencia horizontal y un volumen central de 7 pisos, cuenta con un amplio semi-sótano. Sobre el área total del Hospital se tienen 15,600 m2 de áreas exclusivas libres, para futuras ampliaciones.



Está basado en el modelo de Monoblock, esta tipología de hospitales crea un nuevo tipo de

separación de las actividades. La parte técnica del hospital donde se encuentran las salas de operaciones, de diagnóstico, consultorios y tratamiento se ubican en la base del hospital, en la plataforma, mientras lo que es hospitalización se ubica en la torre.

Se localizan 4 ingresos diferenciados:

- **EL PRIMER INGRESO:** exclusivo a la Unidad de Emergencia por la Av. Pachacútec que era por excelencia un buen criterio de accesibilidad hasta 1988, en que se realiza la construcción del Tren Eléctrico.

Por ello, se anula el ingreso directo a pacientes provenientes del cono sur y se soluciona el problema corriendo este ingreso hacia la intersección de Pachacútec y Miguel Iglesias.

- **SEGUNDO INGRESO:** es una calle por donde se accede a la Unidad de Servicios Generales, Casa de fuerza, Tratamiento de Agua y Patio de Maniobras.
- **TERCER INGRESO:** ingreso particular por donde se accede a los estacionamientos.
- **CUARTO INGRESO:** a Consultorios Externos, Unidad Administrativa, Servicios intermedios, etc.

2.2 Programación y Equipamiento

CONSULTORIOS EXTERNOS

Volumen horizontal de un solo piso que tiene un semi-sótano.

- Servicios Intermedios (Farmacia, Banco de Sangre, Rayos X, Tomografía, Estadística, Servicio Social).
- En el semi-sótano: Consultorios externos, Cocina, Comedor, Lavandería.

UNIDAD ADMINISTRATIVA + DIRECCIÓN GENERAL**UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES**

Volumen de un solo piso.

- Carpintería, Mecánica, Pintura, Depósito General, Cuarto de Máquinas.
- Patio de maniobras.

SALA DE FUERZA Y TRATAMIENTO DE AGUA**UNIDAD HOSPITALARIA**

Volumen vertical de 7 pisos

- UCI
- Centro Quirúrgico
- Centro de Esterilización
- Centro Obstétrico
- Unidad de Emergencia
- Patología

VELATORIO**CAPILLA + CAMPAMENTO DEL PELOTÓN DEL EJÉRCITO****CAMPAMENTO**

3. Conclusiones

El Hospital fue creado para la atención materno Infantil y por razones políticas fue adaptado para ser un Hospital General. El servicio de Emergencia actual se adaptó; siendo inicialmente un área de atención Materno infantil y que ha devenido en insuficiente por el aumento de la población y la demanda de atención.

Cambió el uso del entorno inmediatamente siendo este heterogéneo, se acentuaron actividades complementarias como farmacias, Policlínicos, Centros Médicos, servicios funerarios, hostales, restaurantes, comercio ambulatorio diverso, etc.

Las autoridades Municipales cambiaron la zonificación a R3 y posiblemente cambie a C2, la altura de edificación se elevó a 4 pisos, el panorama urbano se modificó con la presencia de ambulantes.

Se creó un paradero vehicular informal en la intersección de las avenidas Pachacútec y Miguel Iglesias, que se dirigen a asentamientos humanos ubicados en la periferia de San Juan de Miraflores.

La tipología adoptada por el Hospital corresponde al tipo Monoblock, que se caracteriza por tener los consultorios y demás servicios como la base del bloque de hospitalización. Esto dificulta las circulaciones internas en especial de las unidades de Emergencia, Centro Obstétrico y Neonatología que se encuentran alejadas unas de otras perjudicando la atención de los pacientes.

Además, este planteamiento lo convierte en un proyecto muy rígido que impide que se abra a la ciudad y al el usuario.

Algunos de sus ambientes estarán también al servicio del nuevo hospital, con el fin de compartir estos mismos y que no haya un desperdicio de área ni de recurso humano. De esta manera se podrá seguir con los patrones que marcan los complejos hospitalarios modernos y no se producirá una administración individual sino mas bien colectiva entre ambas partes. También se aprovecharán algunos de los ingresos con los que cuenta el hospital.

Su imponente volumetría contribuye a aumentar el temor y miedo de la población, en su mayoría migrante, hacia los centros hospitalarios. Esto es un aspecto importante que el proyecto del Hospital Especializado Materno Infantil, evitará para poder recaptar a la población madre-niño, con un lenguaje y formas apropiadas para el acercamiento de ambos usuarios.

CAPÍTULO 9

EL HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL

1. Población a ser atendida

El Hospital Especializado Materno Infantil, atenderá a una población con una proyección a 20 años siendo la población materno infantil la siguiente:

- **GESTANTES ESTIMADAS:** 2870 habitantes.
- **NACIMIENTOS ESTIMADOS:** 4215 habitantes.

- **MUJERES EN EDAD FÉRTIL (15-49 años):** 52599 habitantes.
- **POBLACIÓN INFANTIL (0-14 años):** 41558 habitantes.

El hospital atenderá a dos de las jurisdicciones con mayor cantidad de población, como son la Red Trébol Azul y la Red San Juan de Miraflores, pertenecientes a la microrred Trébol Azul - San Juan de Miraflores, con el fin de que los centros maternos infantiles, distribuidos en 6 jurisdicciones y éstas en cuatro microrredes del distrito de San Juan de Miraflores, repotencien su capacidad de atención.

CÁLCULO DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN

MATERNIDAD

CAMAS GÍNECO-OBSTÉTRICAS:

- **CAMAS OBSTÉTRICAS**

Dato: Gestantes Estimadas: 8968 hab.

Días de Estancia Promedio: 3 días.

Días útiles: 365 días.

CAMAS OBSTÉTRICAS: $\frac{\# \text{ partos} \times \text{días de estancia}}{\text{Días}}$

CAMAS OBSTÉTRICAS: $\frac{4215 \times 3}{365}$

CAMAS OBSTÉTRICAS: 35 camas obstétricas

- **CAMAS GINECOLÓGICAS**

Se calculan como el 33% de las camas obstétricas

CAMAS GINECOLÓGICAS: 0.33×35

CAMAS GINECOLÓGICAS: 12 camas

- **CAMAS DE AISLAMIENTO:**

Se calculan como 1 por cada 20 camas gineco- obstétricas

Camas gineco-obstétricas: 47

CAMAS DE AISLAMIENTO: 47 / 20

CAMAS DE AISLAMIENTO: 2 camas

TOTAL CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN MATERNIDAD: 49 camas

NEONATOLOGÍA (HOSPITALIZACIÓN GÍNECO – OBSTÉTRICA)

Dato: En relación al número de camas obstétricas

Nº camas obstétricas: 35 camas

- **CUNERO:** 100% de camas obstétricas

CUNERO: 35 cunas

- **CUNERO PATOLÓGICO:** 25% de camas obstétricas

CUNERO PATOLÓGICO: 0.25 x 35

CUNERO PATOLÓGICO: 9 cunas

- **INCUBADORAS:** 18% de camas obstétricas

- **INCUBADORAS:** 0.18 x 35

○ **INCUBADORAS:** 6 incubadoras

- **INCUBADORAS:** 25% de camas obstétricas

INCUBADORAS: 0.25x 35

INCUBADORAS: 9 incubadoras

PEDIATRÍA

- **CAMAS PEDIÁTRICAS**

Dato: Población Infantil (N): 41558 10% = 4156

Lactantes (0 – 3 años): 9596 10% = 960

Pre-Escolares (3 – 6 años): 9314 10% = 931

Escolares (6 – 14 años). 22648 10% = 2265

Promedio niños que se internan: 10% N

Días de Estancia Promedio: 7 días.

Días útiles: 365 días.

CAMAS PEDIÁTRICAS: $\frac{10\% N \times \text{días de estancia}}{\text{Días}}$

CAMAS PEDIÁTRICAS: $\frac{4156 \times 7}{365}$

CAMAS PEDIÁTRICAS: 80 camas pediátricas

- **CAMAS LACTANTES:** $\frac{960 \times 7}{365}$

365

CAMAS LACTANTES: 18 camas

- **CAMAS PRE-ESCOLARES:** $\frac{931 \times 7}{365}$

365

CAMAS PRE-ESCOLARES: 18 camas

- **CAMAS ESCOLARES:** $\frac{2265 \times 7}{365}$

365

CAMAS ESCOLARES: 43 camas

- **CAMAS DE AISLAMIENTO:**

Se calculan como 1 por cada 15 camas pediátricas

CAMAS DE AISLAMIENTO: 80 / 15

CAMAS DE AISLAMIENTO: 5 camas

TOTAL CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA: 85 camas

CÁLCULO DE CONSULTORIOS

Datos: Promedio de 1ª consulta: 20%

Duración 1ª consulta: 30 min.

Promedio Consultas Subsiguientes: 80%

Duración Consultas Subsiguientes: 15 min.

Horas de atención: 8 horas.

Población Mujeres en Edad Fértil: 52599 hab.

Días útiles del año: 300 días

- **CONSULTORIOS GÍNECO OBSTÉTRICOS:**

a) **# CONSULTAS DIARIAS: POBLACIÓN A ATENDER**

DÍAS ÚTILES

CONSULTAS DIARIAS: 52599

300

CONSULTAS DIARIAS: 175

b) **# CONSULTAS DE 1ª CONSULTA: CONS. DIARIAS x PROM. 1ª CONS.**

CONSULTAS DE 1ª CONSULTA: 175×0.20

CONSULTAS DE 1ª CONSULTA: 35

c) **# CONSULTAS DIARIAS SUBSIGUIENTES: C. DIARIAS x PROM. C. SUB**

CONSULTAS DIARIAS SUBSIGUIENTES: 175×0.80

CONSULTAS DIARIAS SUBSIGUIENTES: 140

d) **# MINUTOS: CONS. DIARIAS 1ª CONSULTA x TIEMPO DE DURACIÓN**

MINUTOS: 35 x 30

MINUTOS: 1050 minutos

e) **# MINUTOS:** CONS DIARIAS SUBSIGUIETES x TIEMPO DE DURACIÓN

MINUTOS: 140 x 15

MINUTOS: 2100 minutos

f) **TOTAL MINUTOS:** TIEMPO 1ª CONSULTA + TIEMPO CONSULTAS SUB.

TOTAL MINUTOS: 1050 + 2100

TOTAL MINUTOS: 3150 minutos

g) **# HORAS:** # MINUTOS / HORA

HORAS: 3150 / 60

HORAS: 53 horas

h) **# CONSULTORIOS:** # HORAS CONSULTAS DIARIAS
HORAS DE ATENCIÓN

CONSULTORIOS: $\frac{53}{8}$

CONSULTORIOS: 7

TOTAL: 7 CONSULTORIOS GÍNECO - OBSTÉTRICOS

- **CONSULTORIOS PEDIÁTRICOS:**

Dato: Población Infantil: 41558

Promedio de 1ª consulta: 20%

Duración 1ª consulta: 30 min.

Promedio Consultas Subsiguientes: 80%

Duración Consultas Subsiguientes: 15 min.

Horas de atención: 8 horas.

Días útiles del año: 300 días

a) **# CONSULTAS DIARIAS:** $\frac{\text{POBLACIÓN A ATENDER}}{\text{DÍAS ÚTILES}}$

CONSULTAS DIARIAS: 41558
CONSULTAS DIARIAS: 139

300

- b) **# CONSULTAS DE 1ª CONSULTA: CONS. DIARIAS x PROM. 1ª CONS.**
CONSULTAS DE 1ª CONSULTA: 139×0.20
CONSULTAS DE 1ª CONSULTA: 28
- c) **# CONSULTAS DIARIAS SUBSIGUIENTES: C. DIARIAS x PROM. C. SUB**
CONSULTAS DIARIAS SUBSIGUIENTES: 139×0.80
CONSULTAS DIARIAS SUBSIGUIENTES: 111
- d) **# MINUTOS: CONS. DIARIAS 1ª CONSULTA x TIEMPO DE DURACIÓN**
MINUTOS: 28×30
MINUTOS: 840 minutos
- e) **# MINUTOS: CONS DIARIAS SUBSIGUIETES x TIEMPO DE DURACIÓN**

MINUTOS: 111 x 15

MINUTOS: 1665 minutos

f) **TOTAL MINUTOS:** TIEMPO 1ª CONSULTA + TIEMPO CONSULTAS SUB.

TOTAL MINUTOS: 840 + 1665

TOTAL MINUTOS: 2505 minutos

g) **# HORAS:** # MINUTOS / HORA

HORAS: 2505 / 60

HORAS: 42 horas

h) **# CONSULTORIOS:** $\frac{\text{\# HORAS CONSULTAS DIARIAS}}{\text{HORAS DE ATENCIÓN}}$

CONSULTORIOS: $\frac{42}{8}$

CONSULTORIOS: 5

TOTAL: 7 CONSULTORIOS PEDIÁTRICOS

- **CÁLCULO DE CAMAS DE DILATACIÓN (TRABAJO DE PARTO)**

Dato: Camas Obstétricas: 74

Por cada 10 camas obstétricas: 1 cama de trabajo de parto

CAMAS DE DILATACIÓN: CAMAS OBSTÉTRICAS / 10

CAMAS DE DILATACIÓN: 35 / 10

CAMAS DE DILATACIÓN: 4 CAMAS DE DILATACIÓN

Por cada 20 camas obstétricas: 1 sala de parto

SALAS DE PARTO: CAMAS OBSTÉTRICAS / 20

SALAS DE PARTO: 35 / 20

SALAS DE PARTO: 2 SALAS DE PARTO

Por cada sala de parto: 3 camas de trabajo de parto

CAMAS DE TRABAJO DE PARTO: SALAS DE PARTOS x 3

CAMAS DE TRABAJO DE PARTO: 2 x 3

CAMAS DE TRABAJO DE PARTO: 6 CAMAS DE TRABAJO DE PARTO

2. Caracterización del Usuario

Actualmente la recuperación de un paciente, que es el principal objetivo de todo establecimiento de Salud, depende en gran medida de las características físicas del ambiente donde se encuentre, de la facilidad de acceso de amigos, de la existencia o no de elementos perturbadores, del grado de privacidad, etc; es decir, de lo bien que pueda sentirse el paciente dentro del recinto.

Ahora nos ocuparemos de estudiar al usuario del Hospital Especializado Materno Infantil y sus características, para establecer la mejor manera de influir positivamente en su estado emocional a través de la arquitectura. Todo establecimiento de Salud cuenta con tres usuarios básicos, el paciente, el profesional (o personal de servicio) y el visitante.

En el caso del Hospital Especializado Materno Infantil, el paciente es la mujer en edad fértil y el niño, ambos son los principales protagonistas.

LA MADRE

El sector materno se entiende como la parte de la proceso de gestación y un año después del constituye una parte inseparable de la madre. Las aquellas que aparecen como consecuencia de su especiales, en las que afloran componentes conceptos esenciales para el planteamiento.

En primer lugar, es necesario entender que "la tanto, no debe ser tratada como tal". Ella no acude originados por un estado anormal de su desarrollando un proceso normal de



población que incluye a las madres en todo su alumbramiento. Indudablemente, el recién nacido características que nos interesan de la mujer son estado de maternidad, características muy psicológicos y afectivos, y que constituyen

"MATERNIDAD"

madre no es una persona enferma, y que por lo al hospital en búsqueda de procesos curativos organismo, sino todo lo contrario, se encuentra naturaleza humana: el periodo de la reproducción.

Bajo este concepto, la asistencia médica debe realizarse en un lugar que la acoja con calidez y donde fluyan los sentimientos que ella experimenta de felicidad y satisfacción por el rol cumplido.

La mujer, a través del proceso de la maternidad, experimenta un estado de pureza, desprendimiento e identificación, por estar entregada a otro ser. Su sensibilidad se agudiza y se toma más susceptible. La relación entre madre e hijo como un todo sociológico, biológico y emocional, revela una estructura afectiva complementaria y muy especial. La privacidad es un factor muy importante que determina la comodidad o no de la madre en un recinto hospitalario, ya que ella quiere estar sola con su bebé y su familia, sin que la estén observando a

cada momento. Además la cercanía del bebé es muy importante ya que así la madre puede verlo y estar al pendiente de él. Es preciso entonces, reforzar estos sentimientos, mediante la arquitectura.

EL RECIÉN NACIDO

Se considera esencial para la salud mental del recién nacido, el calor, la intimidad la relación constante con la madre, relación en la que ambos encuentran satisfacción y goce. Para alimentar al recién nacido, así como para cambiarlo de pañales, la madre tiene que entrar en contacto físico con el bebé, quien siente la presencia de la madre.



Generalmente la madre le brindara afecto, ternura y debido a que ella está realizando su trabajo, muchas veces con hastío y cansancio, como consecuencia de las múltiples ocupaciones, del trabajo encargado o debido a que no representa para ella un hijo propio. De esta manera, romperá esa relación interpersonal que debe surgir.

“MATERNIDAD”- Fotografía

amor; lo que una enfermera del hospital no hará, veces con hastío y cansancio, como consecuencia

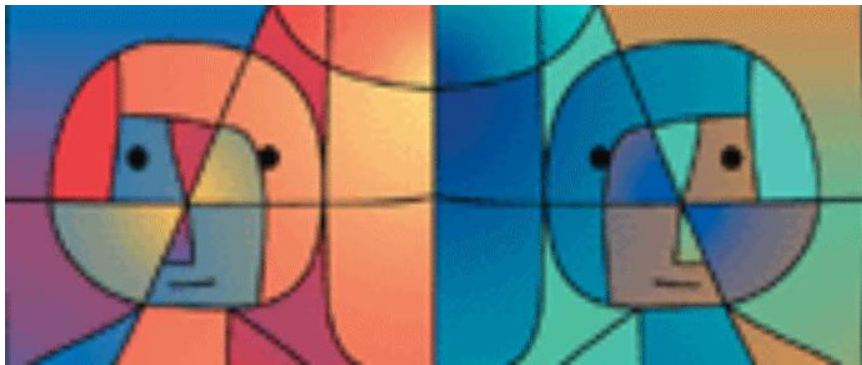
de las múltiples ocupaciones, del trabajo encargado o debido a que no representa para ella un hijo propio. De esta manera, romperá esa relación interpersonal que debe surgir.

El bebé siente que es aceptado por su madre y que ella está presta a responder a sus exigencias. La presencia de la madre, el sonido de la voz, que es reconocido, la forma de cargar y mecer y demás actitudes maternas son registradas por el bebé que responde con sonrisas,

miradas, etc. A mayor contacto físico con la madre, mayor nivel de afectividad. La ausencia de esa relación se denomina "privación maternal".

El estado de privación casi absoluta que puede experimentar el recién nacido al hallarse lejos de su madre, produce en él sentimientos de inseguridad y desprotección, que se manifestarán posteriormente en la vida del niño. Actualmente la OMS trata de intensificar la ubicación de madre e hijo dentro de un mismo espacio físico, con las características adecuadas que permitan a la madre realizar las actividades de alimentación, higiene y cuidados apropiados al recién nacido.

EL NIÑO



"NIÑOS" Vitral

El niño debe percibir al hospital como un lugar agradable, en donde va a ir a ser examinado y en donde a su vez pueda pasar un buen rato, ya sea descubriendo espacios o jugando. Esta primera impresión del niño frente a un centro de salud, será vital para sus futuras visitas en donde podrá acudir con miedo o con alegría.

El trato dado a un niño debe ser con afectividad, ya que son personas muy vulnerables en diferentes etapas de enfermedad y que con mayor razón necesitan de mucha paciencia. El hospital debe proveer espacios en donde el niño se distraiga y continúe siendo niño a pesar de su enfermedad, en donde pueda gastar toda esa energía acumulada y a la vez evite caer en depresión al pensar en su enfermedad.

3. Asepsia

Se considera como medio séptico cuando existen microorganismos patógenos (medio infectado), mientras que el medio será aséptico cuando está exento de ellos (medio desinfectado). Cuando el medio séptico quiere transformarse en aséptico, se precisa realizar una desinfección. La prevención y lucha contra las infecciones se remonta a períodos remotos, anteriores al descubrimiento de los microorganismos como agentes causales de las enfermedades infecciosas.

Con los descubrimientos de Pasteur, se demostró que la causa de numerosas enfermedades contagiosas son los microbios que se transmiten utilizando diferentes mecanismos. Lister, asoció el descubrimiento de las bacterias y su participación en las infecciones, por lo

que introdujo el concepto de asepsia en la práctica quirúrgica y la idea de prevenir la infección mediante los antisépticos, utilizando nebulizaciones para desinfectar el aire, lavado de manos del cirujano y la desinfección de la zona quirúrgica.

La infección hospitalaria sigue siendo hoy día un problema de salud pública de primer orden en todos los hospitales. Aunque no puede plantearse su eliminación, sí se puede obtener una reducción considerable, si se toman medidas adecuadas para su identificación y control. Es necesario introducir en los hospitales un control de la infección hospitalaria como indicador de la calidad de la atención, así como el riesgo que puede representar para el usuario madre - niño.

Entre las medidas generales de asepsia que se pueden utilizar en el hospital, se encuentran: técnicas de aislamiento; indumentaria adecuada; cámaras de flujo laminar; desinfección y formación sanitaria del personal.

Para conseguir estos fines se utilizan los antisépticos, que son sustancias de baja toxicidad que pueden utilizarse en la piel y tejidos vivos, y los desinfectantes, germicidas de mayor toxicidad que se emplean para objetos, ambiente y superficies.

- Los antisépticos se pueden utilizar para la preparación de piel para cirugía, desinfección de manos, etc.
- Los desinfectantes se utilizan para la esterilización de objetos sensibles al calor, instrumentos de hemodiálisis, para la desinfección

de objetos, superficies y ambientes. Se pueden utilizar para paredes y suelos de quirófano, salas de partos, cuidados intensivos, etc.

MEDIDAS DE ASEPSIA

1. LAVADO DE MANOS

Es, quizás, la medida más importante y eficaz probada para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas en las personas hospitalizadas. Una de las vías de transmisión de los microorganismos es por contacto, ya sea directo de persona a persona, o indirecto a través de objetos contaminados previamente, que pueden contaminar al paciente.

- **Lavado higiénico médico**

Es el lavado de manos ordinario que se realiza al entrar y al salir del hospital.

Además de al entrar y al salir de hospital, el lavado higiénico medico se realizará en los siguientes casos:

- Antes y después de lavar a los enfermos

- Cada vez que se tenga contacto con un paciente
 - Siempre que se haya tocado cualquier superficie u objeto contaminado.
 - Antes y después de ir a la cafetería
 - En todos los casos en que lo exijan las normas de aislamiento establecidas en el hospital.
-
- **Lavado quirúrgico**

Este lavado es más meticuloso y se realiza en los quirófanos, unidades de cuidados intensivos (UCI), unidades de diálisis, paritorios, etc.

2. VESTIMENTA DE AISLAMIENTO O QUIRÚRGICO

- **El uso del gorro**

Se utilizan principalmente en los quirófanos, en las unidades con pacientes en situación crítica y en los aislamientos estrictos.

- **El uso de calzas**

Se utilizan para cubrir el calzado.

- **El uso de mascarilla**

Su uso es obligatorio en las intervenciones quirúrgicas, cuando el paciente tenga quemaduras extensas, en las curas de heridas, en los cuidados de enfermería a pacientes con enfermedades contagiosas y en todos aquellos casos en que se requiere un aislamiento respiratorio para evitar la transmisión de infecciones por vía aérea.

- **El uso de las gafas de protección**

Se usan cuando se utilizan técnicas que producen aerosoles, cuando hay riesgo de salpicaduras de sangre o de líquidos orgánicos.

- **El uso de la bata**

Se debe de utilizar una bata con cada enfermo y no salir con la bata fuera del lugar concreto en el que ha sido utilizada.

- **El uso de los guantes**

Se deben utilizar siempre que pueda haber contacto con sangre, secreciones, líquidos corporales, objetos contaminados, etc. Los de plástico son de uso rutinario en casi todas las circunstancias. Los de látex se usan en quirófanos, curas de heridas, unidades de cuidados intensivos (UCI), unidades de hemodiálisis y, en general, en aquellos casos en los cuales sea necesario el uso de la bata.⁸⁹

⁸⁹ Higiene del Medio Hospitalario y Limpieza del Material. Hernando, Guilladas, Gutiérrez, Méndez, Sánchez-Cascado y Tordesillas. Editorial Editex.

4. Proceso de Diseño

El hospital debe estar pensado para el niño, debe motivarlo a realizar actividades, a cuestionarse. Este niño buscará momentos de intimidad, de querer estar solo, al igual que necesitará de momentos de mucha compañía y más aún cuando los centros de salud no le transmiten esa calidez y protección que encuentra en su hogar y que busca en el hospital.

El hospital también debe estar pensado para la madre, debe motivarla a acudir, a sentir que es un espacio más de su casa, que le resulte familiar, donde pueda disipar todas sus dudas. La madre o futura madre buscará al igual que el niño sentir la compañía de sus familiares y por momentos también buscará estar a solas para poder establecer los primeros vínculos con su bebé.

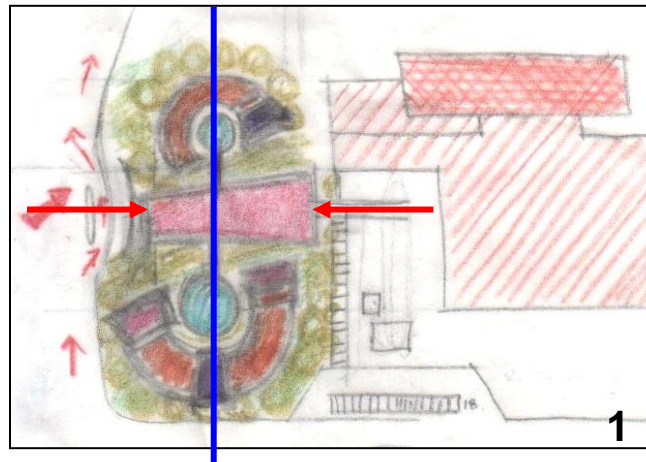
Tanto la forma, los espacios, el color, la luz, el paisaje pueden ser elementos claves para el diseño del hospital y todos ellos se tomarán en cuenta para el diseño del proyecto.

4.1 Primeras Tomas de Partida

El hospital especializado, al ser un anexo del Hospital María Auxiliadora, debía tener algún tipo de conexión con el edificio existente. Además se tenía que plantear un nuevo ingreso público y otro para emergencia, reciclando el ingreso de servicios del hospital.

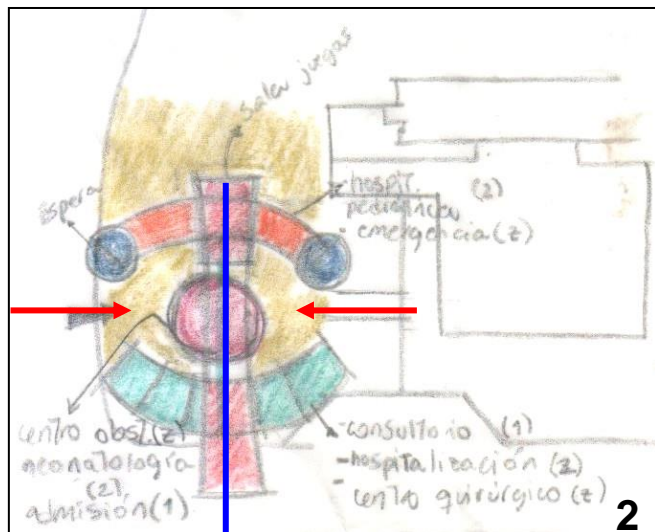
Esta primera propuesta, planteó la la atención materna y otro para la central. Sin embargo, los integrados.

Cada uno con su propio centro en se duplique y que no funcione.



idea de dos grandes volúmenes, uno para infantil, separados por un gran espacio volúmenes parecen estar divididos más que

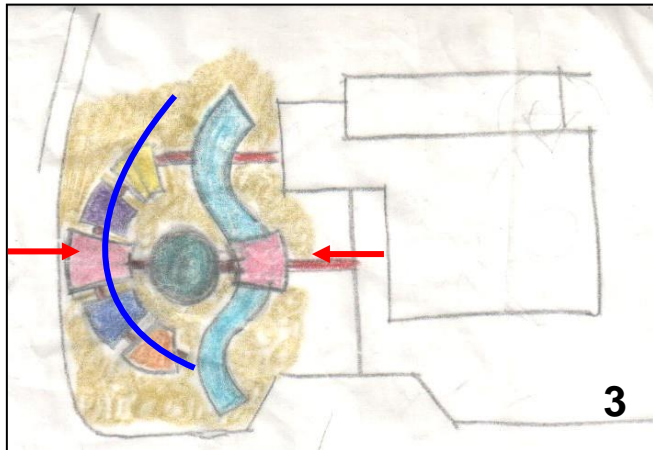
torno al cual girar implicó que el programa



En esta segunda propuesta se quiso dividir la unidad de Hospitalización en dos: para madres y para niños.

Se trató de reducir la idea anterior en la que la separación no fuera volumétrica sino funcional.

Organizado en torno a un eje vertical, con un ingreso principal por la Av. Los Héroes, relación horizontal con el Hospital María Auxiliadora. Se empiezan a definir las primeras zonificaciones y se plantea que el bloque de Hospitalización con mayor altura se ubique casi alineado con el del hospital ya existente.



Esta tercera propuesta, buscó que el proyecto integrara las diferentes unidades, las cuales giran en torno al bloque del Centro Obstétrico y Neonatología, por medio de un eje circular y a la vez uno horizontal que uniera el ingreso de la Av. Los Héroes con el ingreso a la unidad de Hospitalización del proyecto por el Hospital María Auxiliadora. Ahora se propone que el bloque de Hospitalización

se ubique lo más cerca al hospital existente para alejarlo del ruido de la avenida y además se propone que no se divida.

Como propuestas, todas tenían un espacio central sobre el cual iban a girar los volúmenes, este espacio central correspondía a la Unidad de Centro Obstétrico y de Ginecología, siendo el volumen principal del proyecto.

Lo que sí se quiso, desde un principio, es que fuera un hospital con una morfología diferente al ya existente, ya que este hospital estaba siendo diseñado para la madre y el niño, usuarios que requieren un trato especial que se quería lograr por medio de la arquitectura.

También se analizó el programa del Hospital María Auxiliadora, con el cual se determinó que el proyecto comparta solo las unidades de Rehabilitación, de Lavandería y algunos talleres, los cuales actualmente funcionan como depósito.

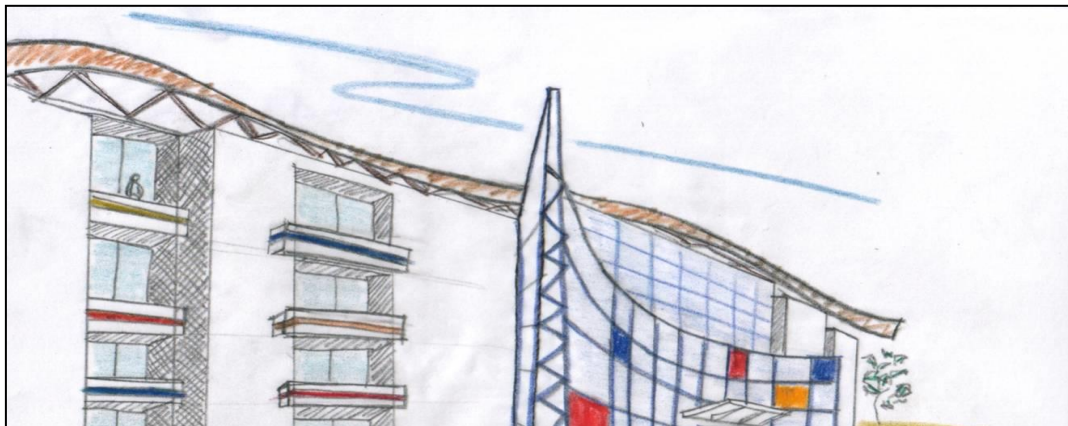
Durante Taller X, se escogió la tercera propuesta, la cual se trabajó y desarrolló.

4.2 Primeras imágenes del Proyecto

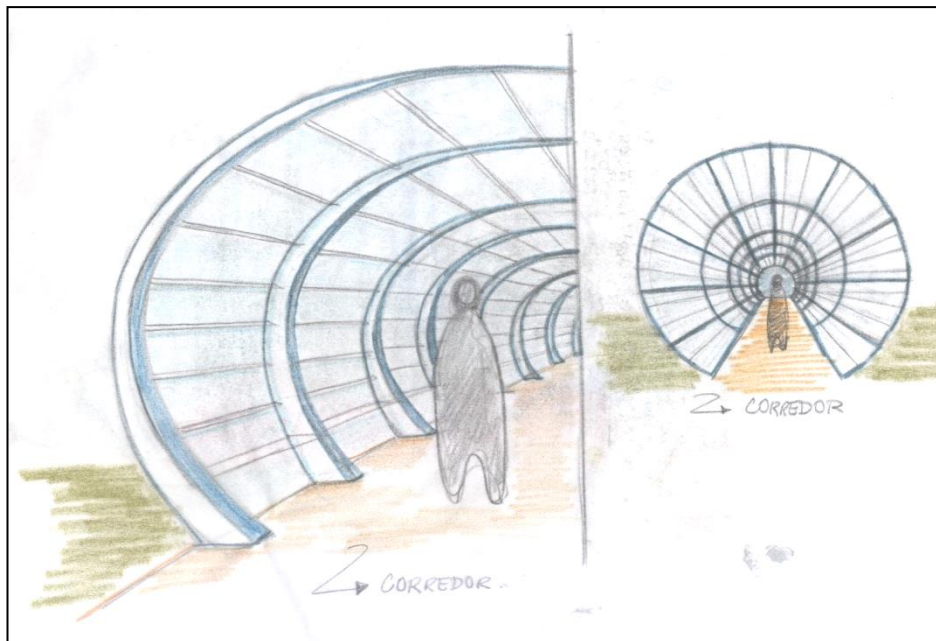
Durante el proceso de diseño se fue proponiendo la imagen del edificio tanto a nivel exterior como en los espacios interiores de manera que se fueron logrando las primeras aproximaciones arquitectónicas.



Vista Interior del Hall Principal



Vista principal de Hospitalización



Circulaciones-Pasadizos

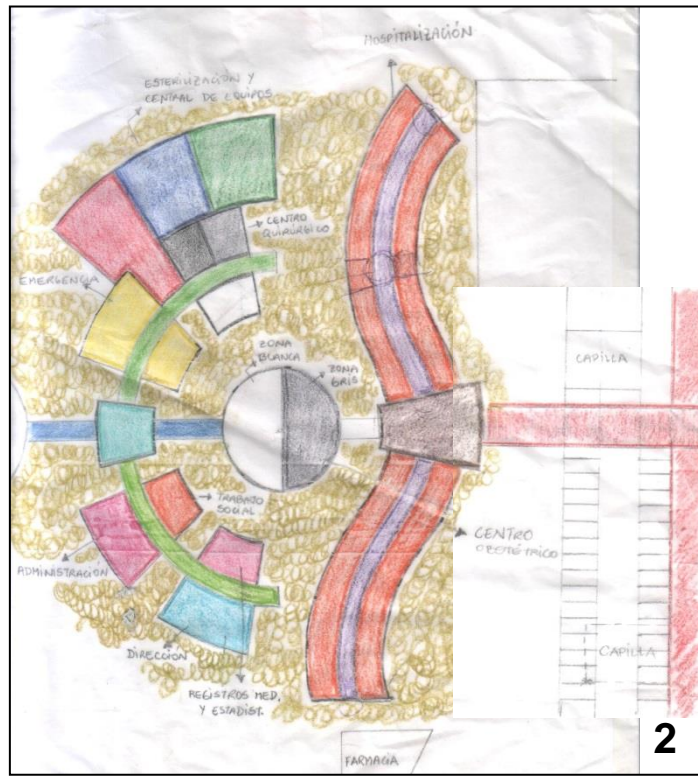
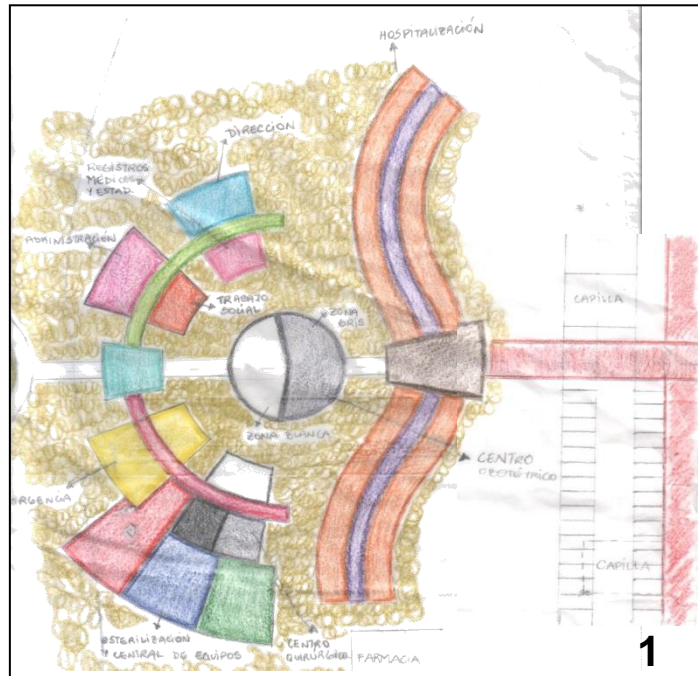
La idea principal fue la utilización del color no como grandes bloques pintados de diferentes colores sino más bien usar el color de una manera sutil, ya sea en las barandas, en algunos paneles de fachadas, en algunos planos, etc.

Además se quería que las circulaciones fuesen transparentes de manera que el familiar y/o los pacientes no se sientan alejados uno con respecto del otro. El trabajo del color y del paisaje fueron aspectos tomados muy en cuenta para mejorar la imagen del hospital.

4.3 Evolución del Proyecto

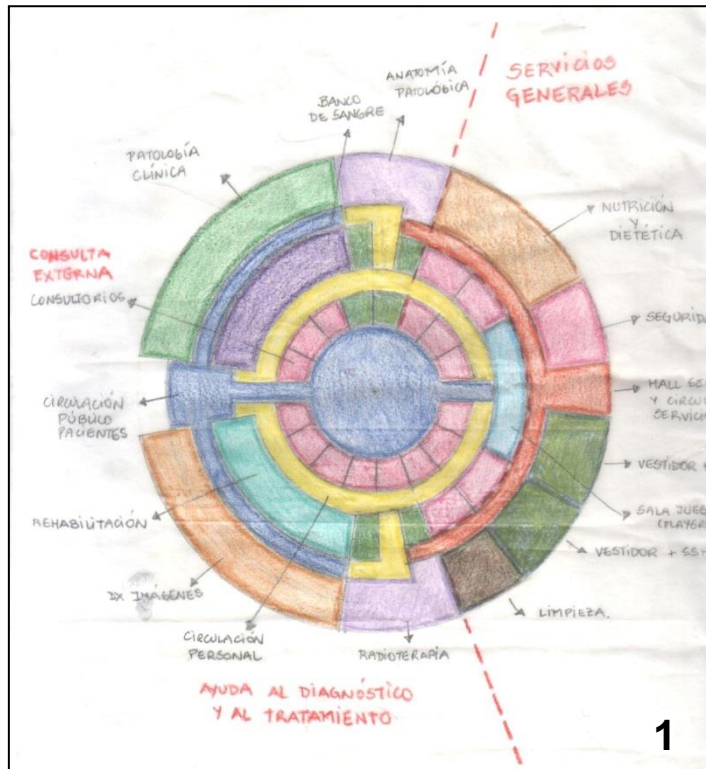
Al ser la primera propuesta la escogida, durante Taller X, se empezó a trabajar en ella.

Si bien el Hospital María Auxiliadora cuenta con planes de crecimiento, sus servicios generales se encuentran en la parte derecha del hospital, lo cual impide en un futuro compartir dichas instalaciones, se debió prever y ubicarlas en una zona más céntrica, esa es otra de las razones por las que el proyecto tiene que contar con sus propias instalaciones, sin dejar de mencionar que el María Auxiliadora ya no se da abasto y lo poco que tiene se encuentra en mal estado.



Al empezar con los esquemas de zonificación, se tuvo que decidir en donde se iba a colocar cada unidad. Desde un principio se quiso que cada bloque trabaje de manera independiente con respecto a las demás y que todos giren en torno a un espacio central. Se tenía que ubicar la Unidad de Emergencia, que tenía que tener un acceso directo desde la calle. El Centro Obstétrico y Neonatología era el volumen central, el lugar de la vida. La Unidad de Hospitalización se planteó de manera sinuosa, los bloques de administración, Dirección, Registros Médicos, se encuentran en la parte superior y la de Emergencia, Centro Quirúrgico y CEYE son los bloques inferiores.

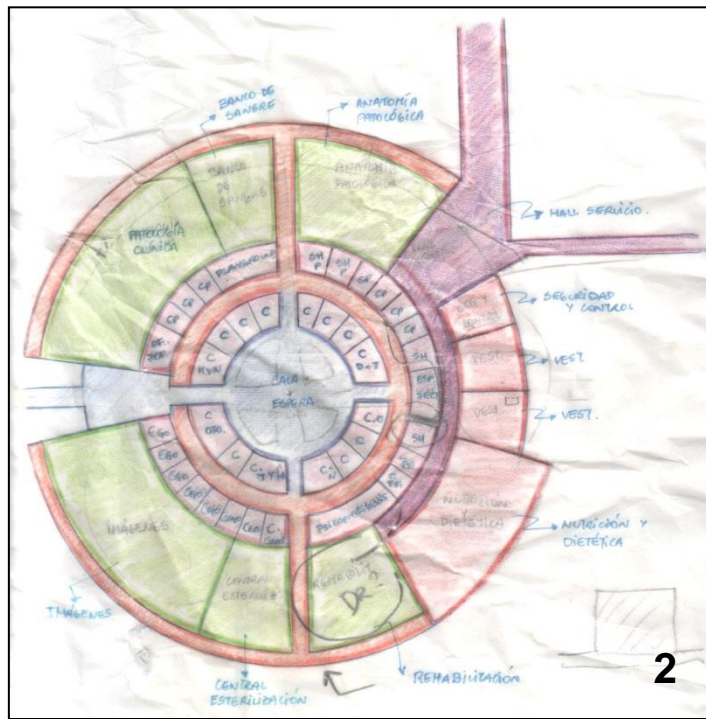
Pero en un segundo replanteo, como se ve en el esquema 2, se cambiaron de ubicación las unidades, de manera que ya no se originaba un tráfico cerca al ingreso principal, algo que podía ser traumante para el usuario infantil. En ambos casos se propuso un colchón de estacionamiento dispuestos de manera paralela al eje de circulación del hospital existente.



La Unidad de Hospitalización se dispuso que tenga una circulación central con habitaciones a ambos lados.

En la planta del sótano, se ubicó la Unidad de Consulta Externa, Banco de Sangre, Anatomía Patológica, Patología Clínica, Diagnóstico por imágenes y los servicios generales. Se divide el proyecto en 3 zonas, la de Servicio General, la de Consulta Externa y la de Ayuda al Diagnóstico y al Tratamiento.

Se empieza a hacer una diferenciación de las circulaciones, la de azul sería la de público, la amarilla la del personal y la anaranjada la de servicio. Se plantea el hall de servicio, ubicándose al centro.



En el esquema dos, se replantea el ingreso y hall de servicio, el cual se ubicaría en la parte superior, de color morado, además se decide que la circulación del personal, color naranja, sea perimetral al proyecto para poder tener acceso a cada una de las unidades de manera de no interferir con el del público, color azul.



En una segunda planta, se ubicarían Administración, Archivos y Epidemiología, además de la Dirección y de la Cafetería.

En el espacio central estaría la Unidad de Neonatología. Se proponen solo 4 pisos de hospitalización, de manera que esté un poco más a la escala de los usuarios.

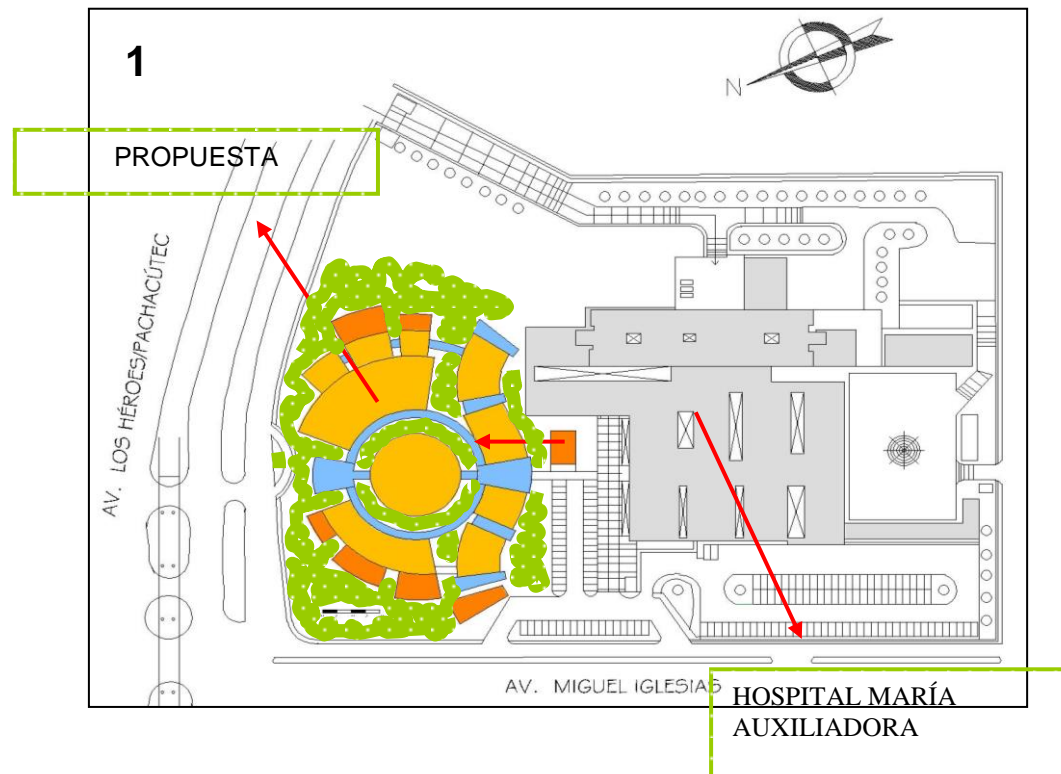
En los bloques rojos se ubicarían las circulaciones verticales, siendo el espacio central, el hall de la unidad. Todos conectados por una circulación circular de color celeste.

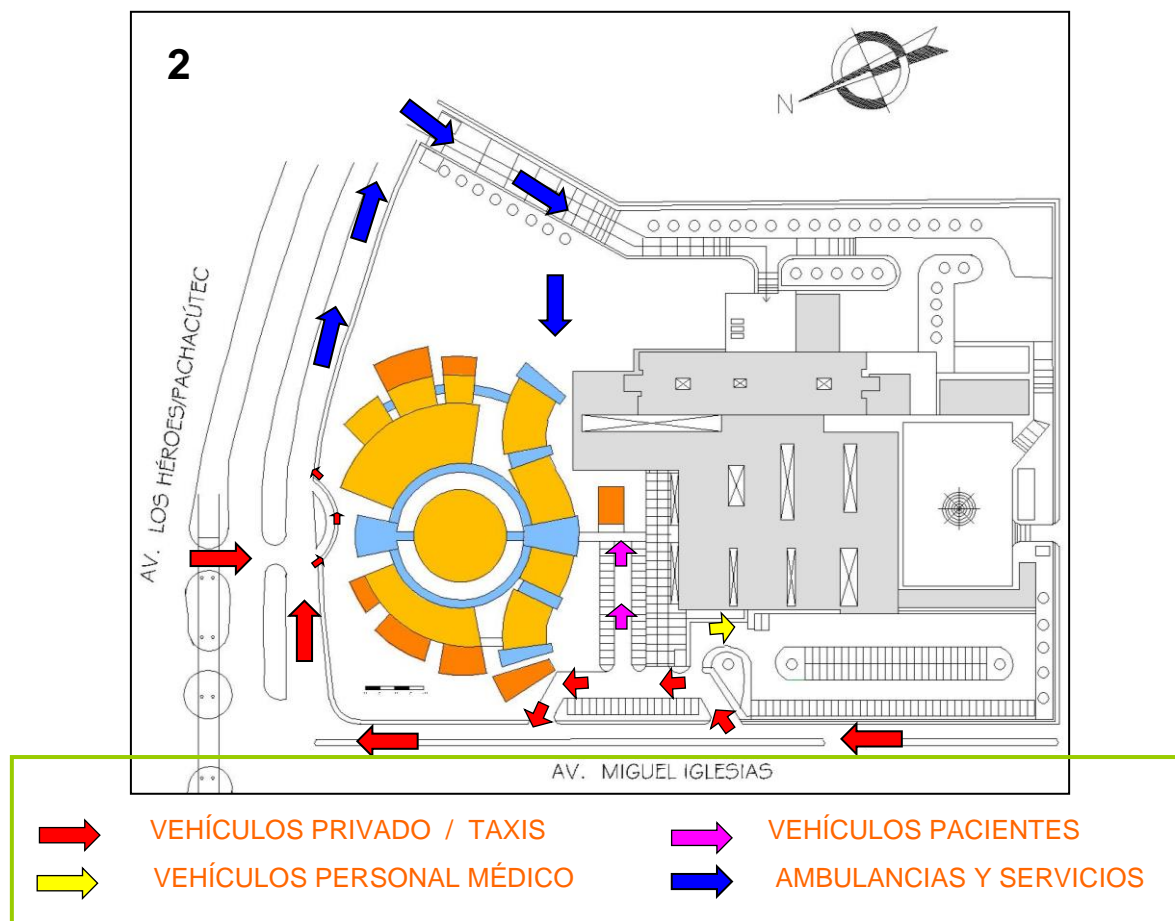
Una vez definidos los esquemas, se comenzó a la distribución de los espacios correspondientes a cada unidad, así como a la diferenciación de las circulaciones y a la propuesta de nuevos espacios para la madre y el niño.

Se trabajaron plantas, cortes, elevaciones y 3D's que fueron evolucionando a lo largo de Taller X, y que serán mostrados a continuación como un pequeño resumen de la evolución del proyecto.

Es importante mencionar que el resultado final durante el taller, no fue el resultado final del proyecto, ya que una vez terminado taller, se levantaron las observaciones y se procedió a un replanteo general y de función sin perder la idea principal del proyecto.

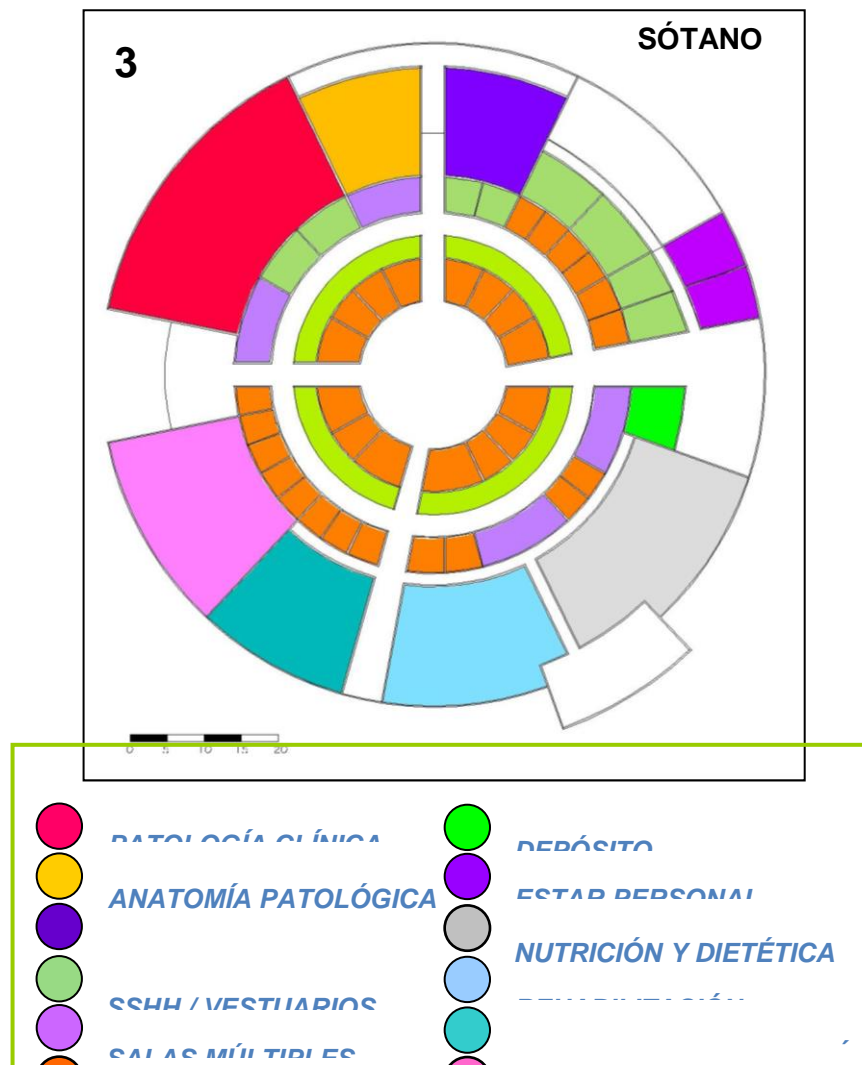
Parcial Mayo – 2004



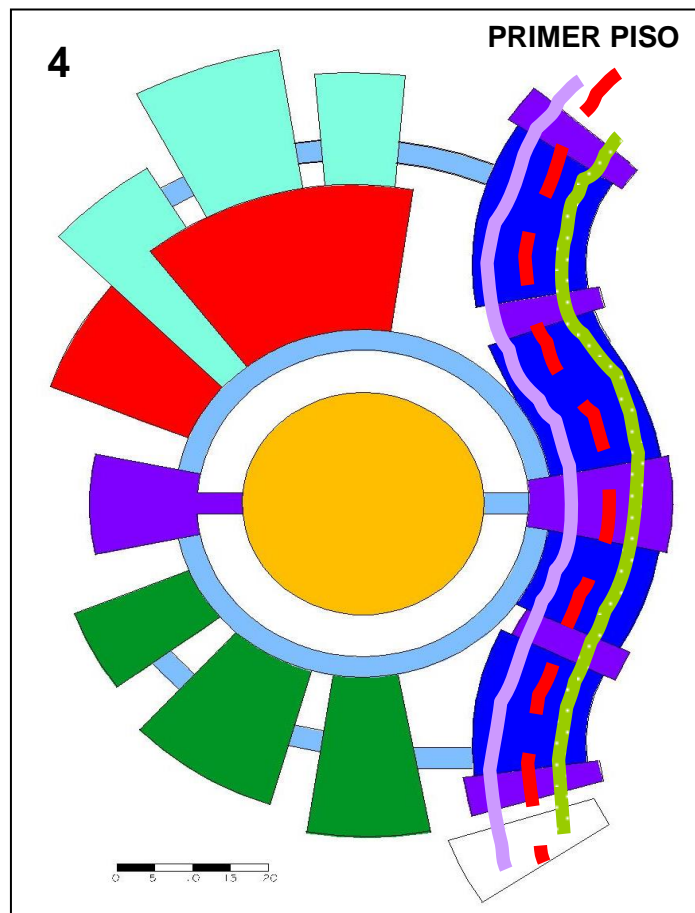


En la primera planta, se muestra la geometría de la propuesta y su ubicación con respecto al Hospital María Auxiliadora. Un volumen central del que giran el resto de unidades, la Unidad de Hospitalización rompe este orden con una forma sinuosa.

En la segunda planta se analizan los diferentes ingresos que tendría el hospital. En este caso se reutiliza el ingreso de servicio del hospital existente, así como el de personal médico y paciente. El ingreso público del hospital especializado sería por la Av. Los Héroes, al igual que el ingreso de emergencia.



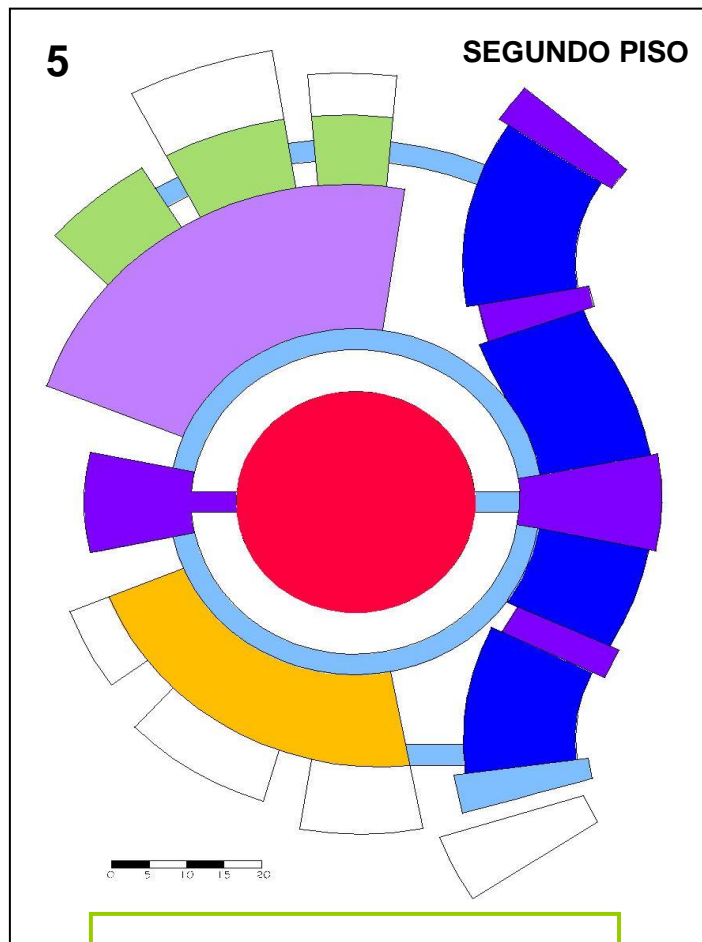
En la planta del sótano se desarrollan la mayoría de unidades del hospital, todos giran en torno al hall central en el que están dispuestos los consultorios alrededor, seguidos de patios de luz para su iluminación y ventilación.



En el primer piso se ubican las unidades que implican la atención inmediata del paciente, tales como la Unidad de Emergencia, Centro Quirúrgico, UCI y el Centro Obstétrico.

La Unidad de Hospitalización plantea un corredor central del que se reparten las habitaciones hacia ambos lados, en cada desfase en la volumetría se ubican las circulaciones verticales, siendo el bloque central, el hall principal.

Todas estas unidades estarían conectadas con una circulación circular.

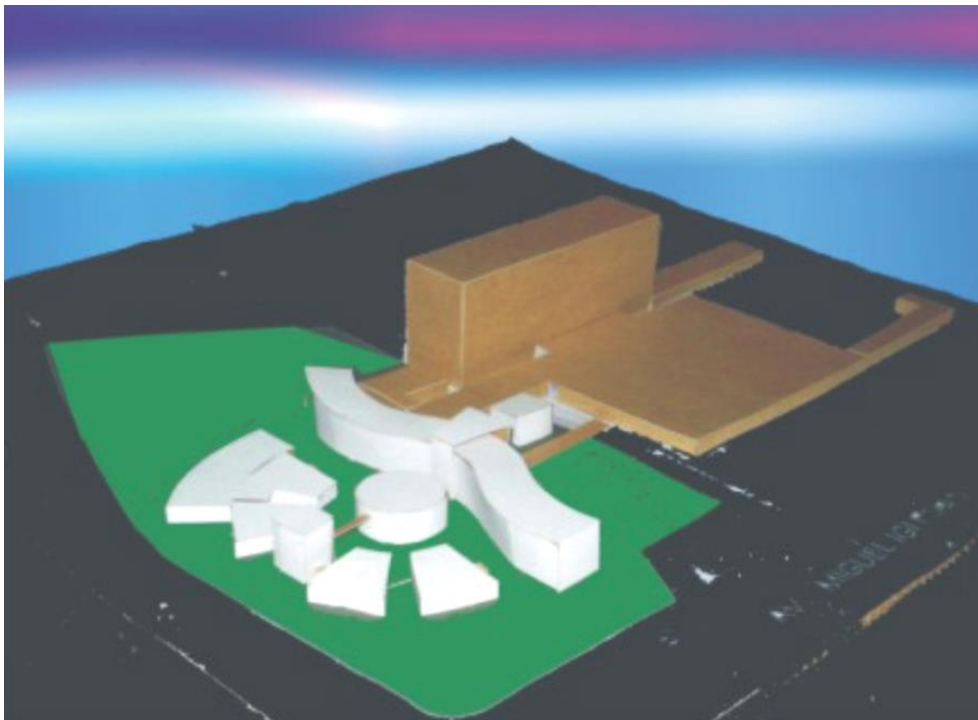


- DIRECCIÓN
- ADMINISTRACIÓN / ARCHIVO / EPIDEMIOLOGÍA
- CAFETERÍA
- UNIDAD DE NEONATOLOGÍA



En la segunda planta se ubican las unidades de Dirección, la de Administración, Neonatología y la Cafetería Pública. Nuevamente una circulación circular, une todas estas unidades.

El esquema de la Unidad de Hospitalización se repite, siendo un total de cuatro pisos, los dos primeros para Gineco-Obstetricia y los dos restantes para Pediatría. En la planta 6 se observa la distribución de la unidad de hospitalización.



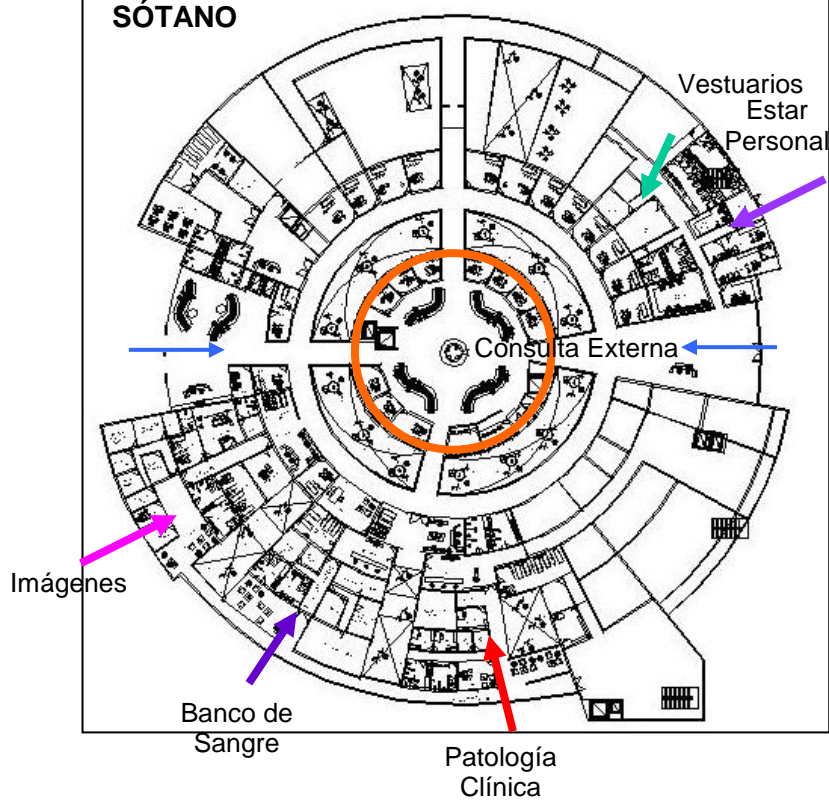


Esta es una fotografía del conjunto del proyecto, la relación con el Hospital María Auxiliadora se da por medio de una circulación que lleva directamente al hall de hospitalización del proyecto.

La capilla existente, se reubicó cerca a la circulación de unión entre ambos hospitales de manera que tiene una ubicación más central para ambos hospitales.

El proyecto busca tener menos altura que el hospital existente con el fin de no competir con él y lograr una mayor integración.

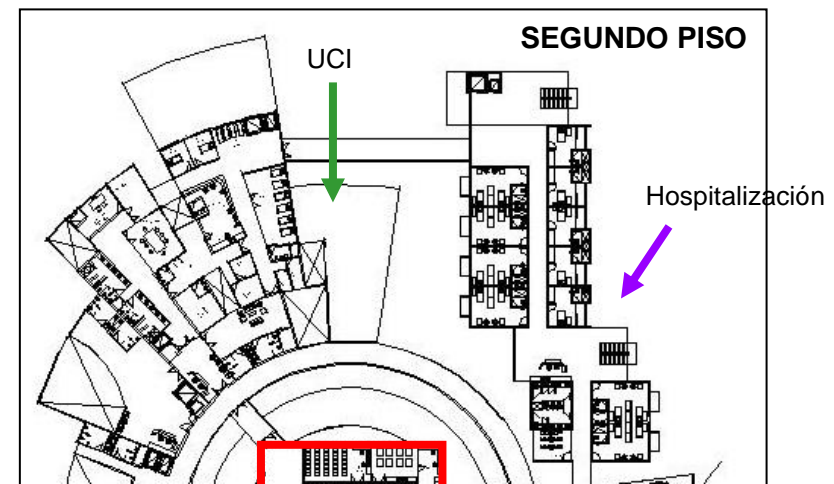
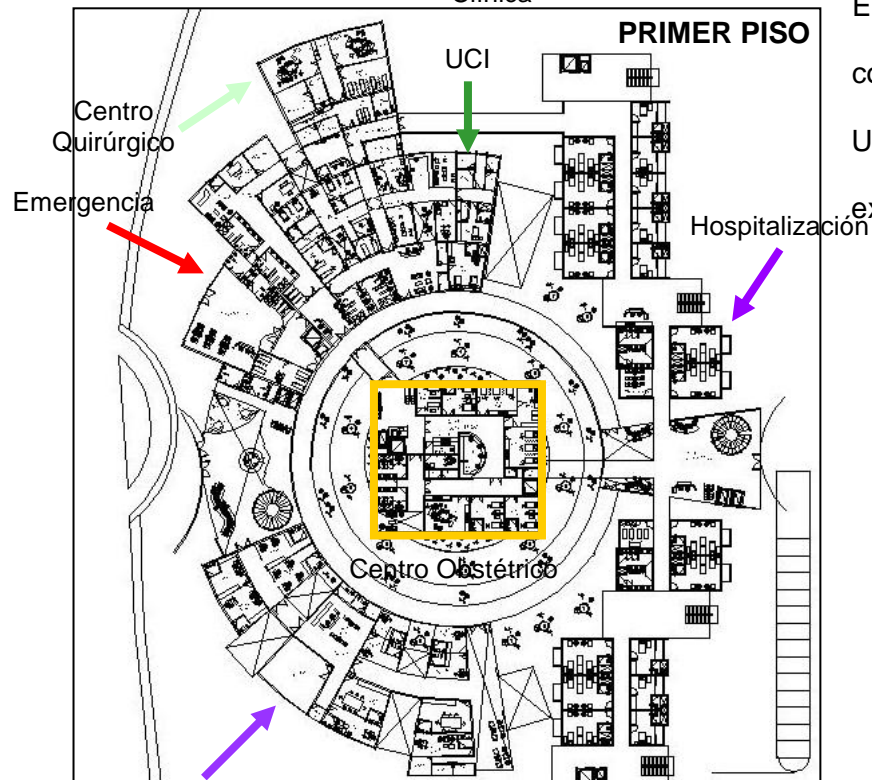
El ingreso principal se da por la Av. Los Héroes / Pachacútec. Todo el proyecto estaría rodeado de áreas verdes, que el hospital existente carece.

Junio – 2004

A lo largo de Taller X, se fue resolviendo el proyecto funcionalmente en base a los esquemas planteados en una primera etapa. Sin embargo se hicieron algunos replanteos, reubicando la Unidad de Banco de Sangre y de Patología Clínica cerca a la Unidad de Imágenes.

En la primera planta también se reubicó la Unidad de UCI, cerca de Emergencia y Centro Quirúrgico. El espacio dejado por UCI fue reemplazado por la zona administrativa.

El centro Obstétrico cambia de forma para un mejor funcionamiento y para contrastar y romper un poco con la forma circular del proyecto, al igual que la Unidad de Hospitalización con el fin de integrarse un poco más con el hospital existente.

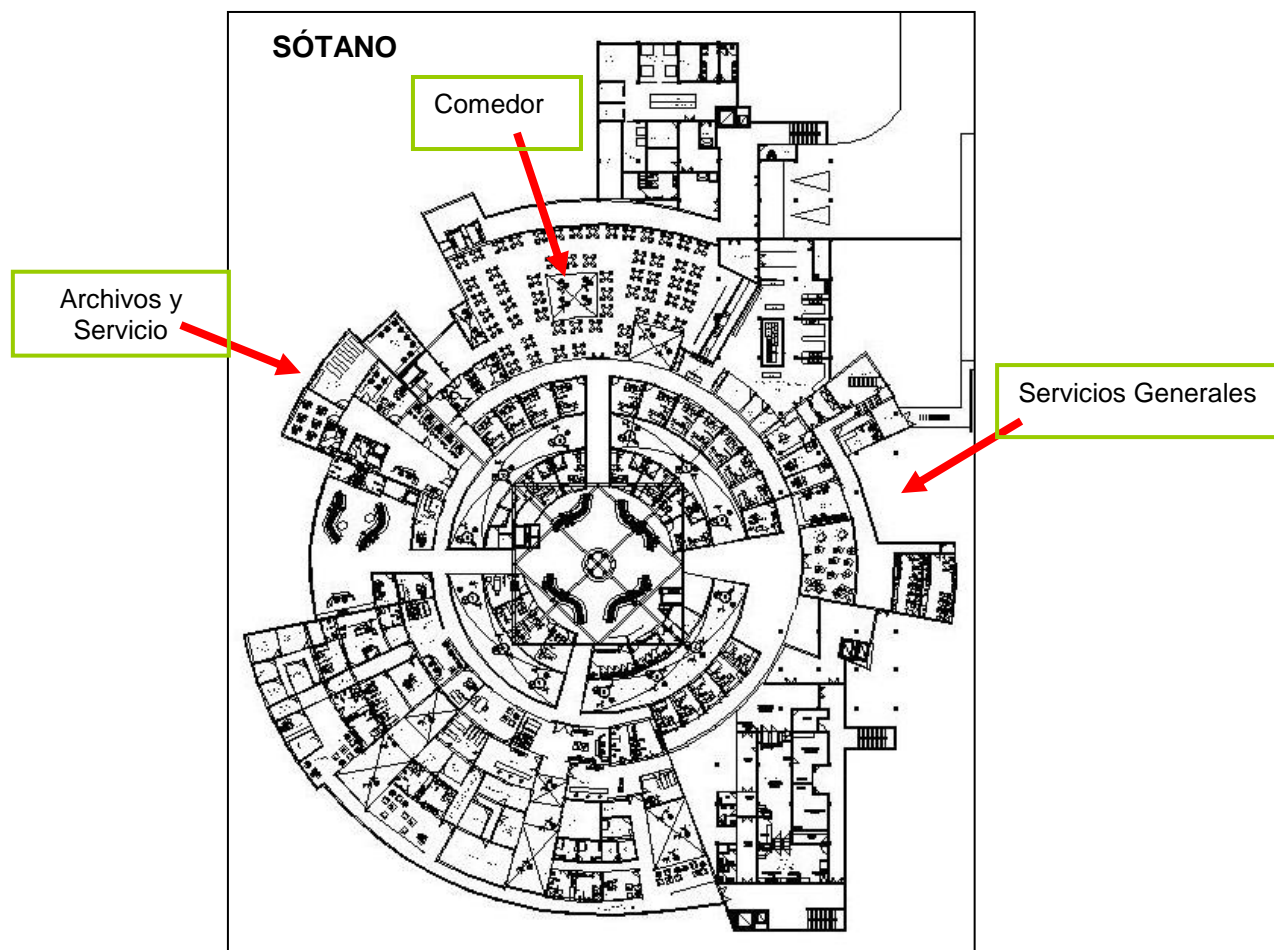


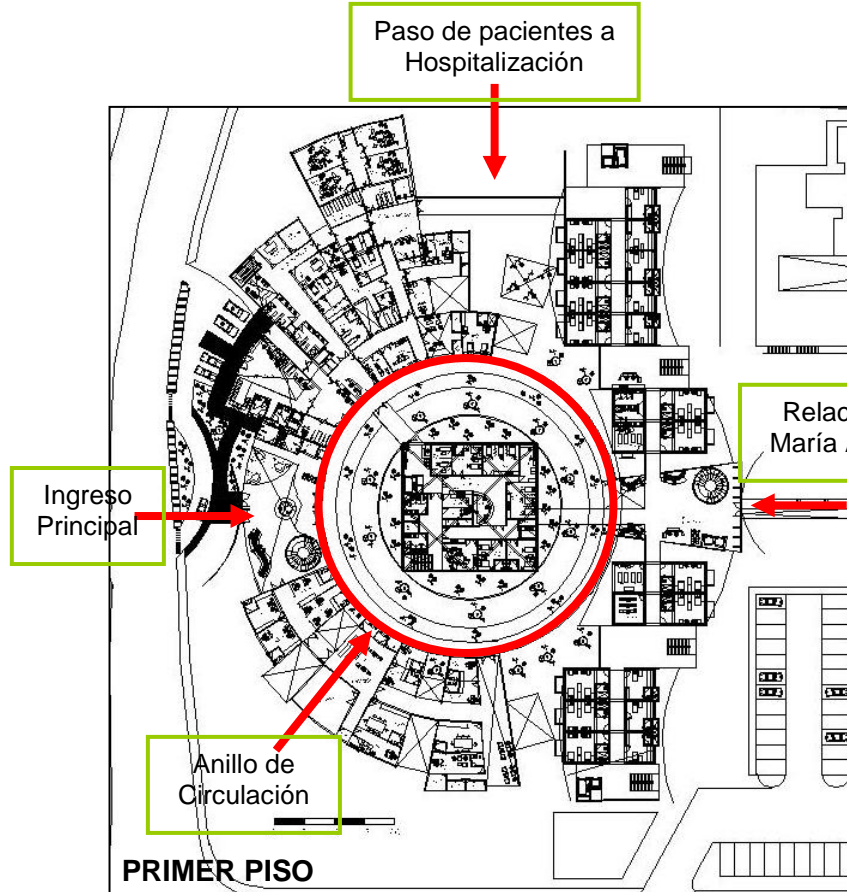
En el segundo piso se ubicó el segundo piso de UCI. El resto de zonificaciones si se mantuvo. Los dos primeros pisos de hospitalización son destinados para las madres siendo los tres restantes para hospitalización pediátrica.

La unidad de Neonatología, sigue la forma y estructura de la Unidad de Obstetricia que se encuentra en el piso inferior, teniendo una circulación interna que los comunica para llevar a los recién nacidos a los ambientes necesarios.

El ingreso de emergencias del primer piso solo cuenta con un acceso, siendo derivadas a las otras unidades por medio de circulaciones internas.

Julio – 2004





El proyecto se iba armando poco a poco, sin dejar de mencionar que hubieron pequeños replanteos, en zonificación como en funcionamiento y hasta volumétricamente. Se desarrolló la zona de Servicios

Generales acompañados de un comedor para el personal, además se agregó una zona de archivos y de servicio social.

En esta etapa se retiró la unidad de Rehabilitación y de Anatomía Patológica ya que se iban a usar las que el Hospital María Auxiliadora tiene. La Lavandería o

se



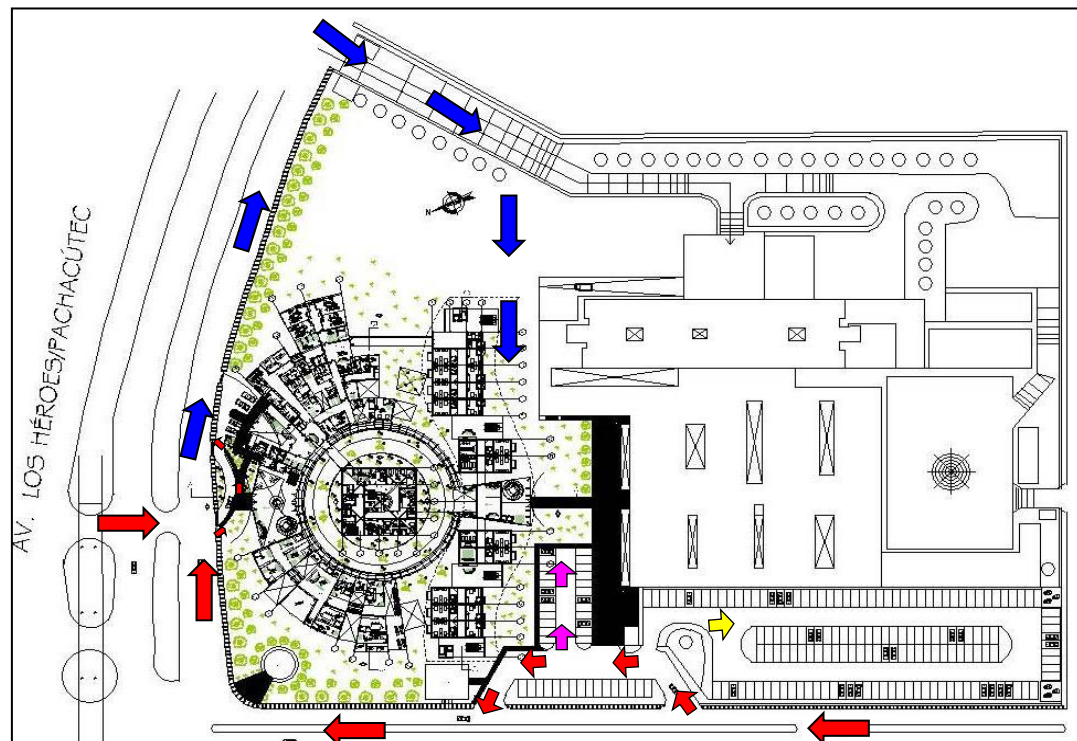
usa conjuntamente con el hospital ya existente o se contrata un servicio de lavado, este sistema se está usando con el fin de no sobrecargar el funcionamiento de los hospitales.

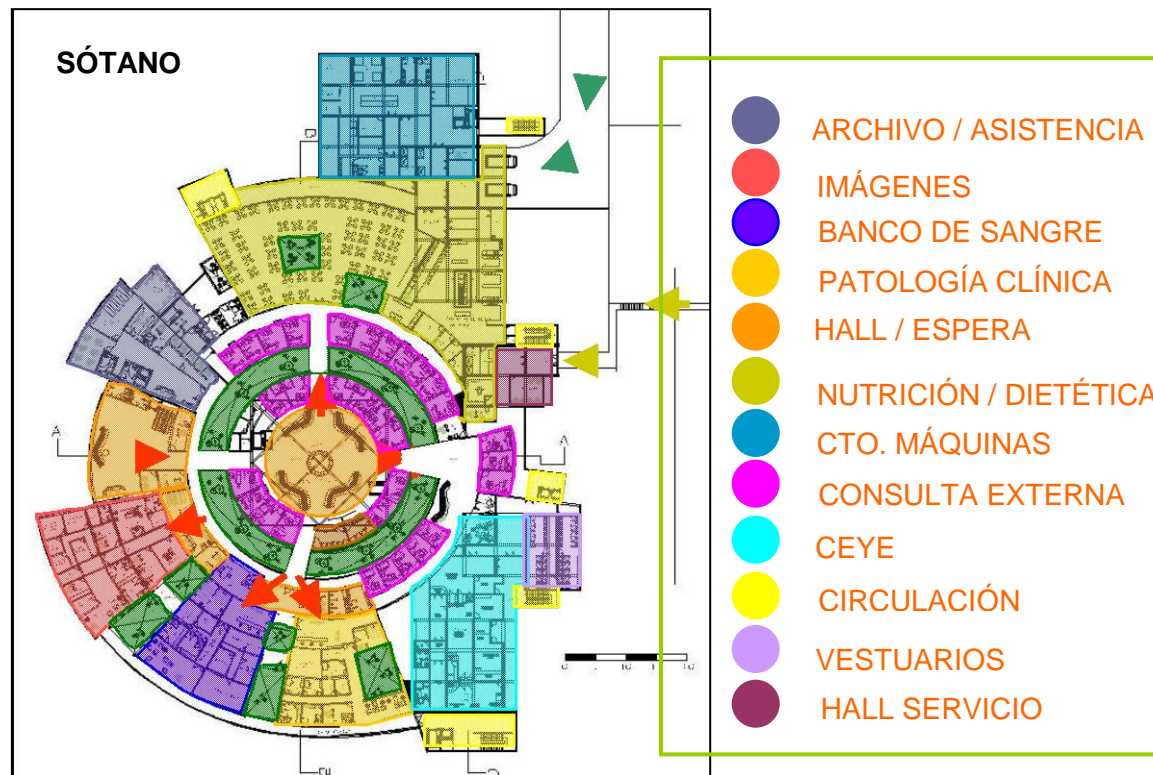
En esta primera planta también se hicieron algunas modificaciones funcionales en el Centro Obstétrico.

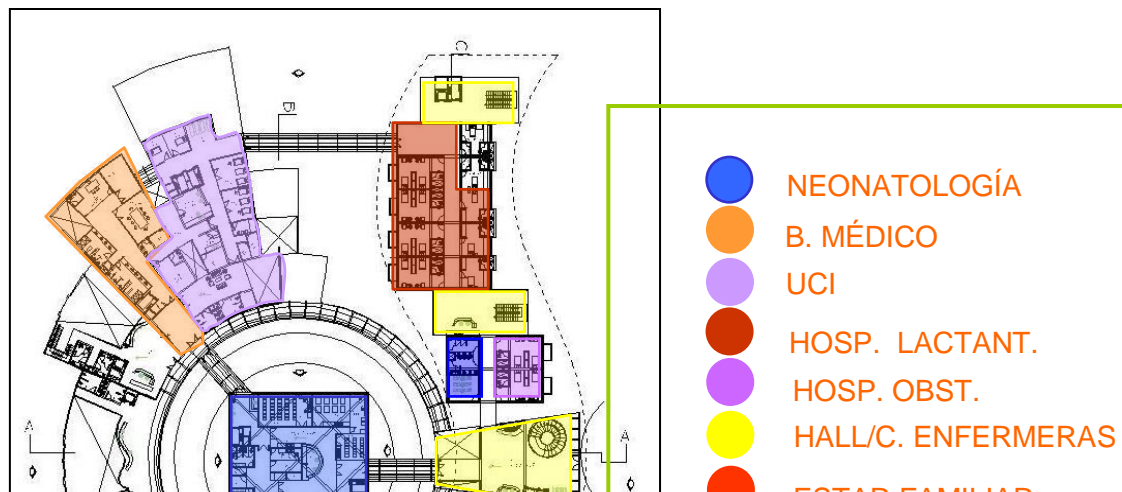
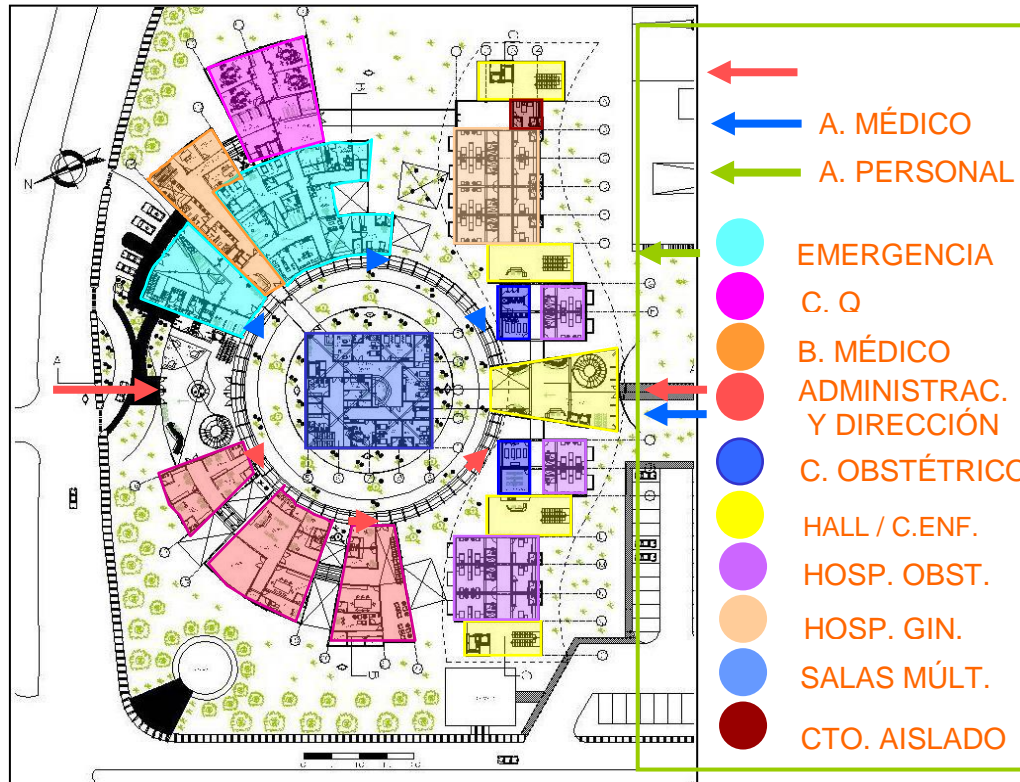
El anillo de circulación se dividió en dos tramos uno para el acceso de personal y otro para el acceso público.

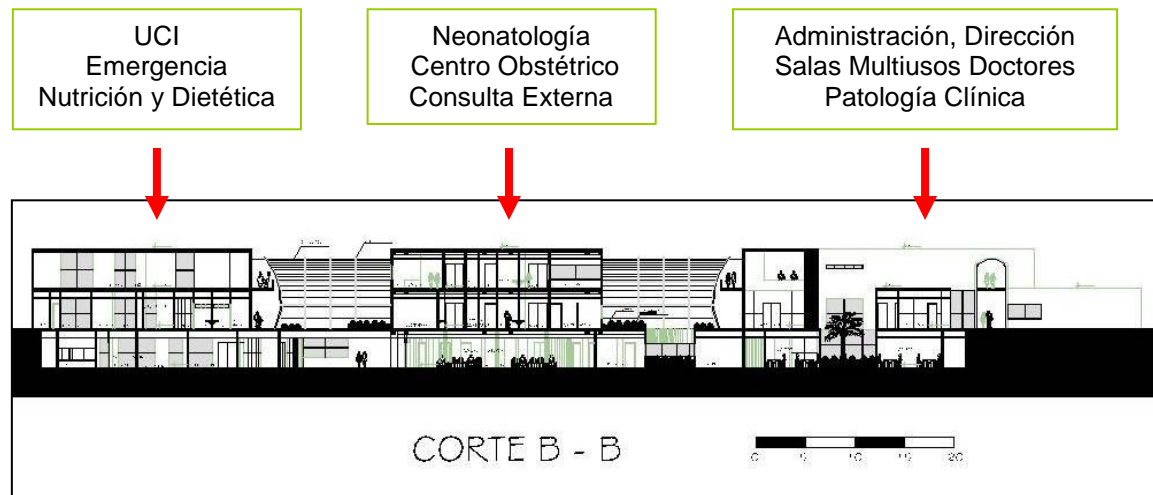
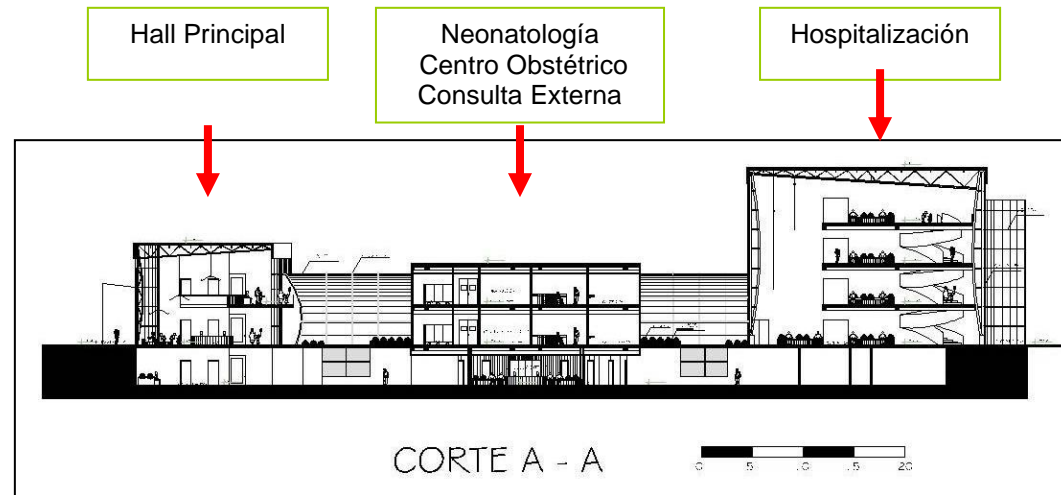
En la segunda planta se sigue con la estructura del primer piso sin mayores modificaciones. El bloque de Neonatología tiene un acceso del personal médico así como una salida para los recién nacidos a la unidad de hospitalización. Esta misma circulación servirá para que las madres también puedan visitar a los bebés que estén en la UCI de Neonatología.

Final Julio – 2004



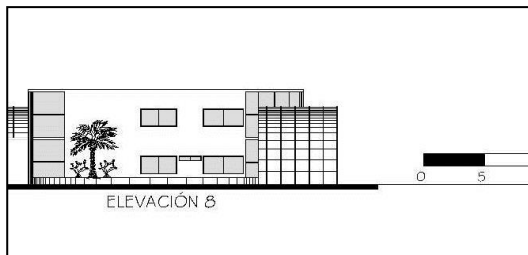
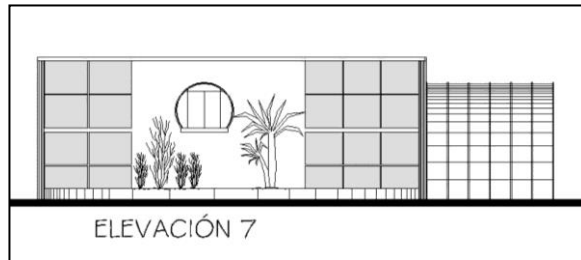
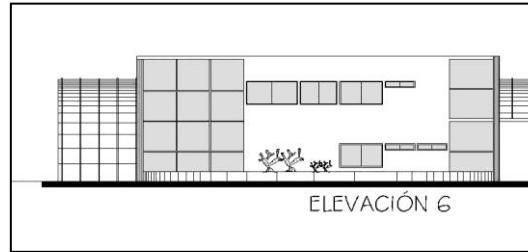
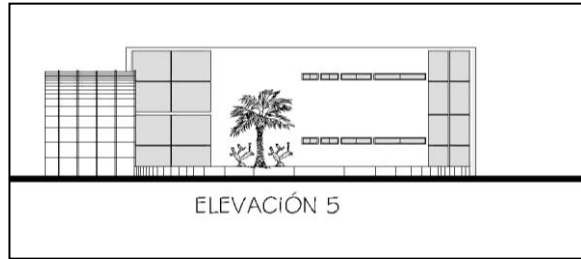




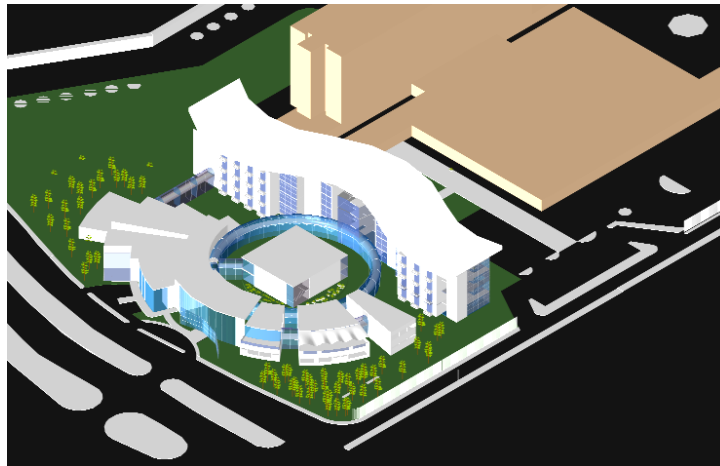
CORTES

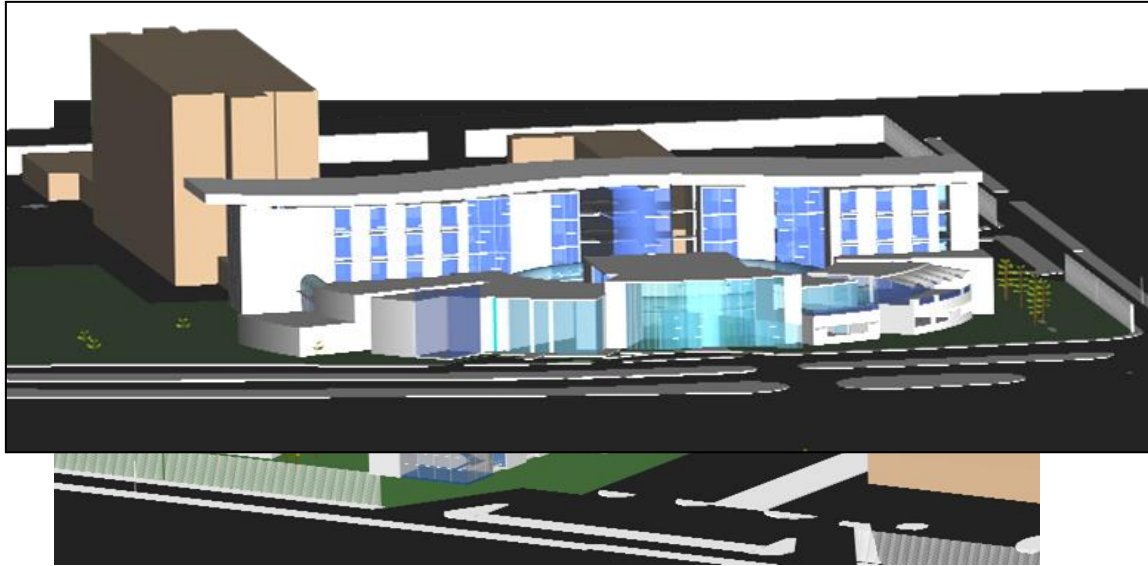
Hospitalización
Nutrición y Dietética, Consulta
Externa y CEYE

ELEVACIONES



VISTAS



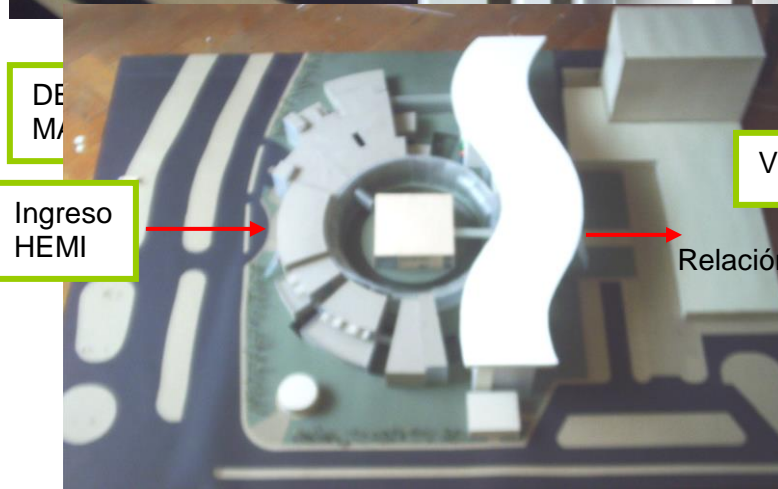




HOSPITALIZACIÓN



VISTA GENERAL



DE
MA

Ingreso
HEMI

NERAL
Relación con el hospital existente

VISTA GENERAL



En las elevaciones, las barandas y algunos cristales llevan los toques de color que el proyecto necesita ya que se quería algo sutil y no muy llamativo. Esta fue la evolución del proyecto hasta terminar Taller X, como se notará hubieron muchos cambios entre crítica y crítica por lo que se trató de hacer un pequeño resumen para explicar esta evolución.

Sin embargo, en la sustentación final una de las principales críticas que se dio al proyecto fue que éste no se integraba con el hospital existente, que la circulación que se había planteado que uniera con el bloque de hospitalización del proyecto era insuficiente y q se sentía como un hospital egocéntrico, que daba la espalda al María Auxiliadora.

Además se dijo que faltaba desarrollarlo más en el aspecto funcional, darle más complejidad ya que es un hospital especializado. Todas estas críticas fueron tomadas en cuenta al retomar el proyecto, y pensar en un nuevo replanteo, de manera formal y funcional. Todas las críticas se analizaron y se trataron de resolver sin perder la idea principal del proyecto que ya se explicará más adelante.

5. El proyecto

5.1 Toma de partida

Una vez retomada la tesis, se replanteó el proyecto, tanto en forma, distribución, programa y zonificación, debido a las críticas dadas en la sustentación final de Taller X.

Si bien puede surgir la duda de ¿por qué un hospital con formas curvas, y no uno cuadrado, tradicionalmente funcional?, la respuesta es sencilla. En esta tesis quiero demostrar que un hospital puede ser de cualquier forma siempre y cuando funcione, y lograr que sea diferente a los que estamos acostumbrados a ver, ya que en este caso sí está diseñado para un usuario definido, como es la madre y el niño. Pero en cuanto a la respuesta en sí, la idea de algo curvo es porque el lugar de vida durante los primeros nueve meses de vida de un niño es un vientre, un útero y este tiene una forma orgánica. Por ello, me pareció importante no romper con esta idea, ya que en este hospital nacerán y será uno de los primeros edificios a los que los niños tengan que acudir y el factor de referencia a su primer espacio de vida es importante.

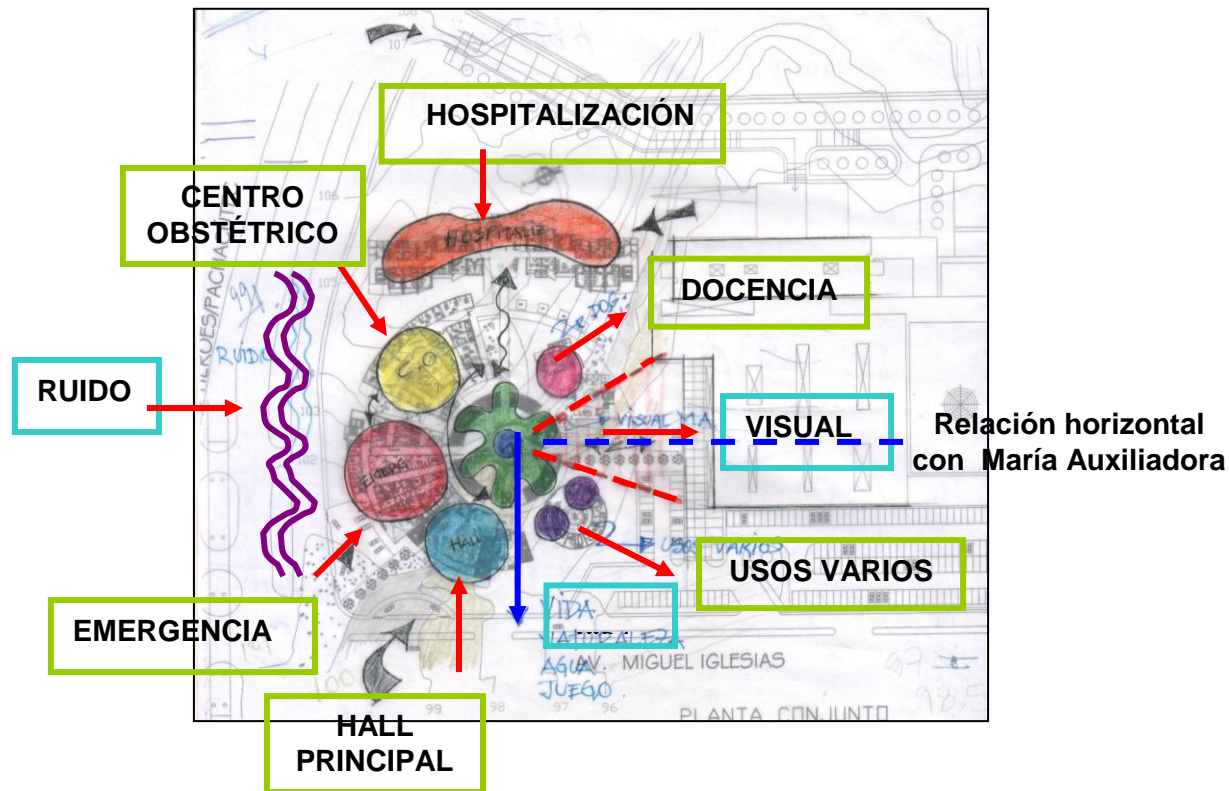
La población de San Juan de Miraflores, es en su mayoría una población migrante de la sierra peruana, por ello era importante el trabajo con ciertos elementos como el agua, la vegetación, la piedra y los colores como elementos de identificación con su lugar de origen y así poder romper la barrera existente entre los hospitales y las personas. Es una población con mucha creencia en la importancia de la tierra, de la “pachamama”, por ello se ha tratado que la mayoría de los espacios, donde van a estar los pacientes haya este contacto con el exterior. Como sucede en consulta externa, donde al haber espacios verdes el paciente tiene referencia con el exterior y no se siente un ser aislado y como

estos espacios verdes están un poco elevados, crean de alguna manera la sensación de estar recostados casi sobre la tierra, dando una idea de protección hacia los pacientes.

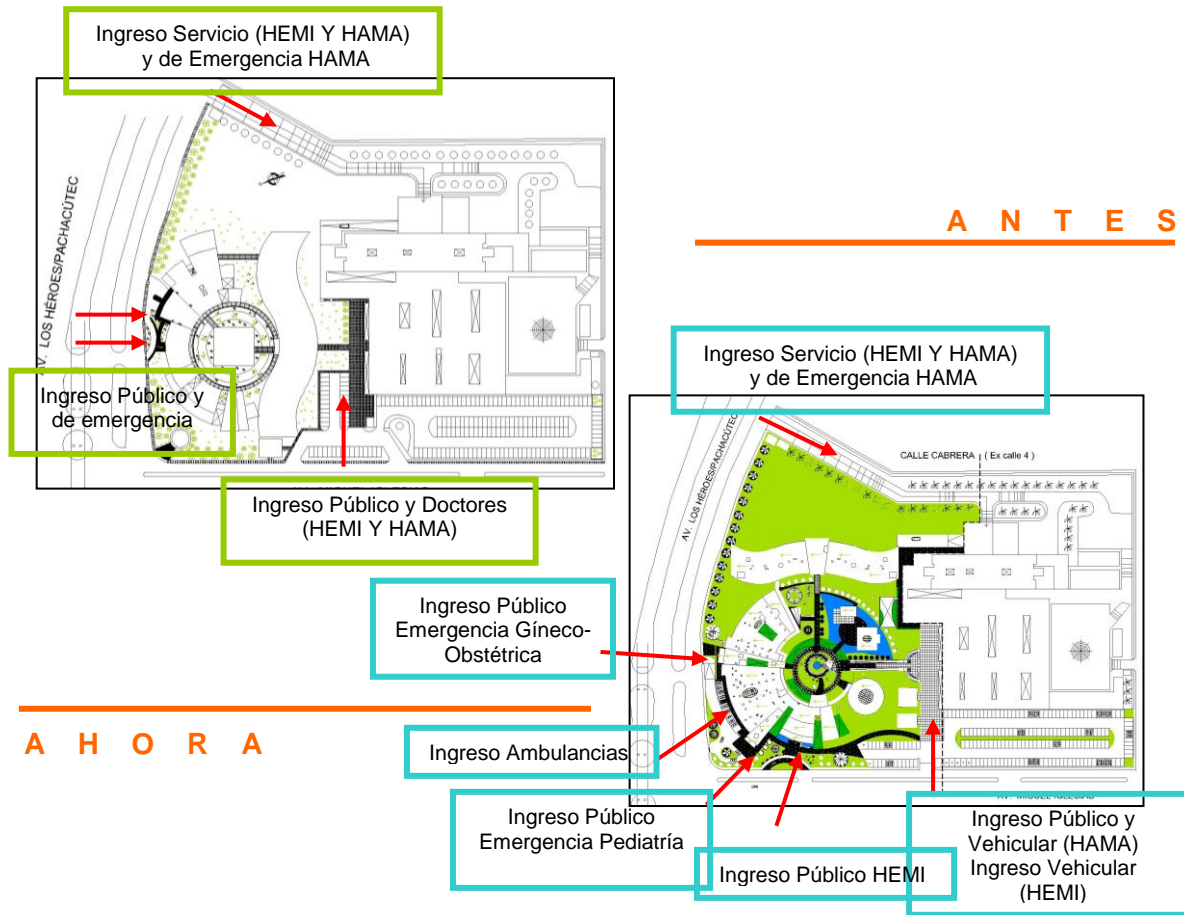
Una vez definidas las ideas para este proyecto, se comenzó con el planteamiento, si bien antes el centro del proyecto eran los Bloques de Centro Obstétrico y de Neonatología, porque eran los ambientes donde se iba a originar la vida de las personas, se buscó que este nuevo centro sea mucho más conceptual, que sea el lugar de vida del proyecto, donde hubiera movimiento y donde todo girara en torno a él.

Para ello, se planteo una plaza donde hubiera un trabajo paisajístico importante con la piedra, la vegetación y el agua como elementos importantes y sinónimos de vida, de manera que invite a las personas a participar de ese espacio y que además se convierta en un aporte para el hospital existente que no cuenta con un área verde definida y menos de un trabajo paisajístico, siendo esta una forma de integrar ambos hospitales y donde el tema del paseo ayude a que ambos hospitales no les sean ajenos a los pacientes.

Una vez definido el espacio de “vida” del proyecto, se organizó una nueva zonificación de manera que no sea un hospital que diera la espalda al María Auxiliadora, como fue criticado en la sustentación final.



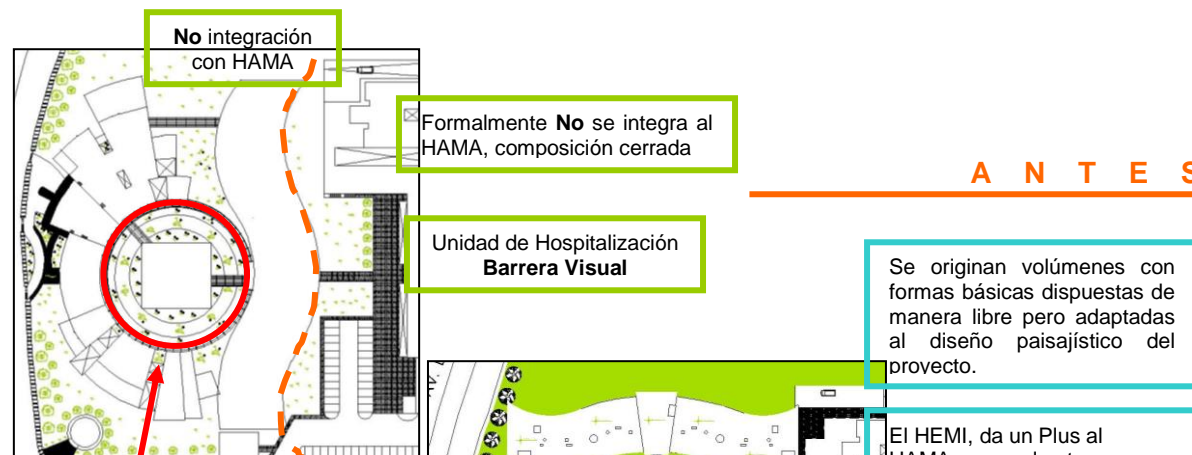
Para ello, se reubicó la Unidad de Hospitalización de manera que estuviera alineada con la del hospital existente, y también para alejarla del ruido de la Av. Los Héroes. Además se propuso compartir el estacionamiento ya existente, para ello el ingreso principal que antes era por la Av. Los Héroes, se reubicó para que sea ahora por la Av. Miguel Iglesias, al igual que el del María Auxiliadora, pero cada uno con ingreso independiente para el público, pero con el mismo para doctores y vehículos.



La diferenciación de los ingresos y de las circulaciones en los hospitales es un factor muy importante para el diseño, ya que de ellos depende el buen funcionamiento del hospital.

También, se dijo que el proyecto era “muy egocéntrico, muy cerrado”, para ello, se reubicó y replanteo la Unidad de Emergencia y de Centro Obstétrico, ubicándolos cerca de la Av. Los Héroes y con su propio ingreso de emergencias para ambos. Así se ubicó en esa zona, toda las unidades de trabajo médico, Emergencia, Centro Quirúrgico y UCI en un bloque de tres pisos y el Centro Obstétrico y Neonatología en un bloque de dos pisos.

Como resultado de este replanteo se logró una zona más libre cerca del María Auxiliadora, que permitió romper la circulación circular existente anteriormente y se diera espacio a nuevos volúmenes, rompiendo de alguna manera con la forma circular antes propuesta pero si continuándola con el trabajo paisajístico.



Si bien el Hospital María Auxiliadora ha planeado ampliaciones, creo que no se tomó en cuenta este factor al momento del diseño de dicho hospital, ya que los servicios generales se encuentran hacia el lado derecho del proyecto, estando el terreno para ampliaciones ubicados en el

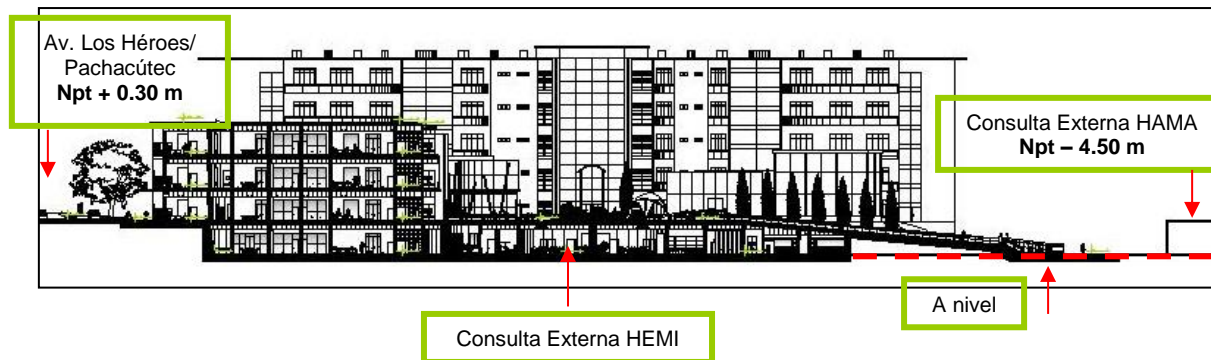
lado izquierdo, de manera que no se pueden compartir muchas instalaciones, por lo que el Hospital Especializado Materno Infantil requiere contar con sus propias instalaciones.

Ahora, también se tuvo que resolver el problema de cómo se integraban estéticamente ambos centros hospitalarios, como ya se ha visto, el proponer una nueva zonificación permitió alinear ambas unidades de hospitalización, permitiendo que el proyecto se abra, y el romper con el círculo antes propuesto, permitió que la arquitectura no se vuelva tan metódica ni pesada, surgiendo volúmenes más pequeños, permitiendo visuales entre ambos hospitales y que el hospital existente participe de los espacios como la plaza, la cafetería, diseñados para el público en general.

El proyecto se ubica en una zona con fuerte pendiente, para ello se aprovechó la topografía existente usando esa primera plataforma para la ubicación de Consulta Externa, Servicios Generales y Unidades de Ayuda de Diagnóstico y Tratamiento, esta plataforma está a nivel con la Unidad de Consulta Externa del María Auxiliadora, siendo este la única relación funcional, además de la parte posterior que se relacionan el ingreso de Servicio del HEMI, con el ingreso de Servicio del HAMA, por lo que se explicó anteriormente que el HAMA tiene dispuesto hacia la parte derecha de éste sus servicios generales.

Sin embargo, la Unidad de Rehabilitación con la que cuenta el HAMA si estaría siendo compartido con el HEMI, por el equipamiento que este requiere y cuyo acceso se da por medio de Consulta Externa del HAMA, al igual se estarían compartiendo algunos talleres, porque los demás actualmente funcionan como depósitos del HAMA.

También se tuvo en cuenta las instalaciones necesarias para discapacitados, de manera que puedan recorrer el hospital, las zonas públicas, con total libertad y comodidad.



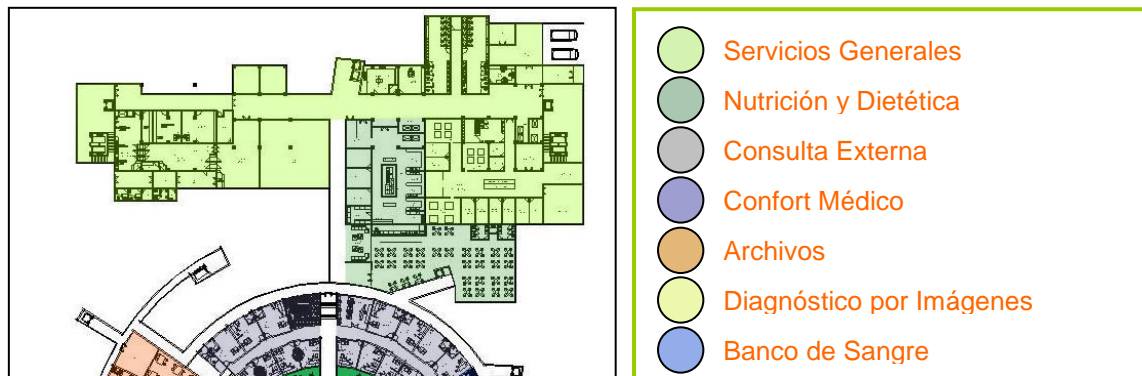
Esta relación entre las Unidades de Consulta entre ambos hospitales, es prácticamente la única que puede darse, ya que debajo de dicha unidad en el HAMA se encuentra parte de otras unidades como Rehabilitación y de Servicios Generales, lo que hubiera implicado cavar una

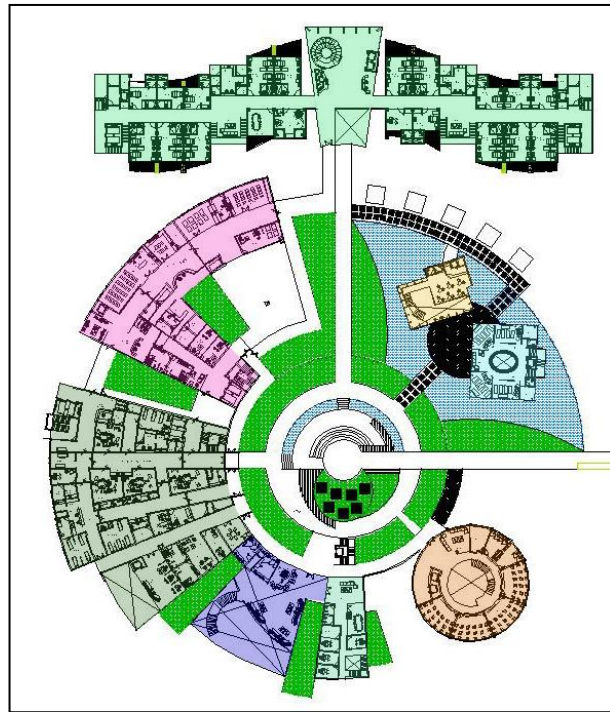
plataforma más para que los servicios generales del HEMI coincidan con los del HAMA, lo que significaría no poder tener un ingreso a nivel con Emergencia y el Centro Obstétrico, lo cual por reglamento debe cumplirse y hubiera complicado más el diseño por contar con muchos desniveles pudiendo no funcionar adecuadamente, sin dejar de mencionar que sería costoso, cuando se puede aprovechar la topografía actual.

Como segunda plataforma se encuentran la Unidad de Emergencia, el Centro Obstétrico, la Unidad Administrativa, la Cafetería Pública, el Módulo de la Mujer y el Niño, la Unidad de Docencia, y la Plaza, de manera que esta plataforma queda por encima de la relación de las consultas, siendo el acceso a la plaza y demás ambientes por rampas y escaleras.

A continuación una pequeña evolución del proyecto desde este replanteo general hasta el proyecto final, que si bien ya se habían definido varias cosas, hubieron cambios importantes que implicaron cambios de distribución pero que al final hacían que el proyecto funcione cada vez mejor.

Abril 2005





- Hospitalización
- Neonatología
- Centro Quirúrgico
- Hall Principal
- Unidad Administrativa
- Cafetería Pública
- Módulo de la Mujer y el Niño
- Unidad de Docencia e Investigación

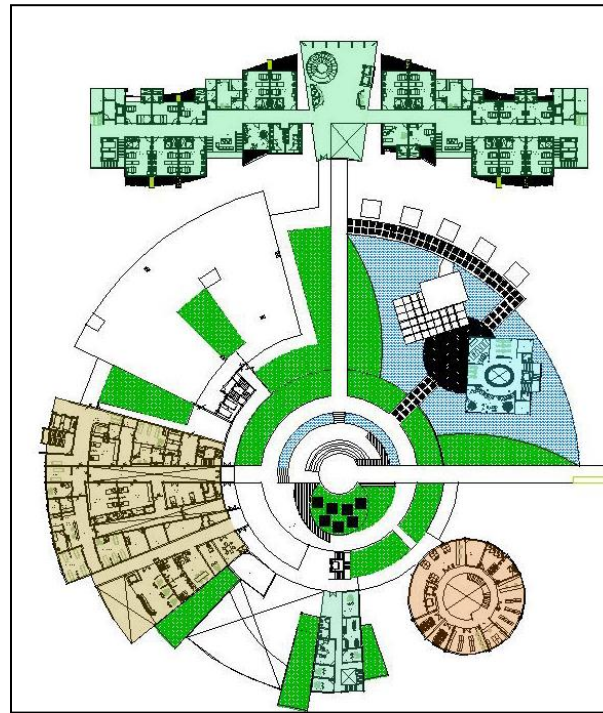
- Hospitalización
- UCI
- Unidad Administrativa
- Módulo de la Mujer y el Niño
- Unidad de Docencia e Investigación

SEGUNDO PISO

por lo que se reduce la zona para el al hall principal.

Se proponen tiendas pequeñas
No hay una diferenciación clara en unidades de Emergencia, Centro unidades ni en las de Centro

Junio 2005

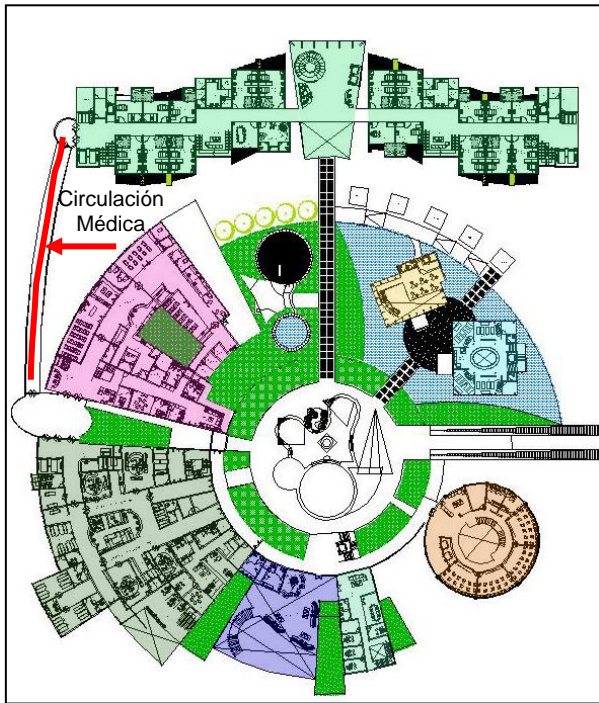


En la planta del sótano gira el Bloque de Servicios Generales. Se propone una Unidad de Docencia e Investigación en el proyecto al igual que una Cafetería y un Módulo de la Madre y el Niño. Sólo se cuenta con un ingreso de Emergencias, no está diferenciado

El centro del proyecto no coincide con el eje de circulación de Consulta Externa del María Auxiliadora. La plaza tiene muchos desniveles público. La circulación del personal médico llega

T
E
R
C
E
R
P
I
S
como florerías, de ropa, etc.
los ambientes de la madre ni el niño, en las Quirúrgico y UCI. Los vestidores médicos en estas Obstétrico ni Neonatología dan a la zona blanca.

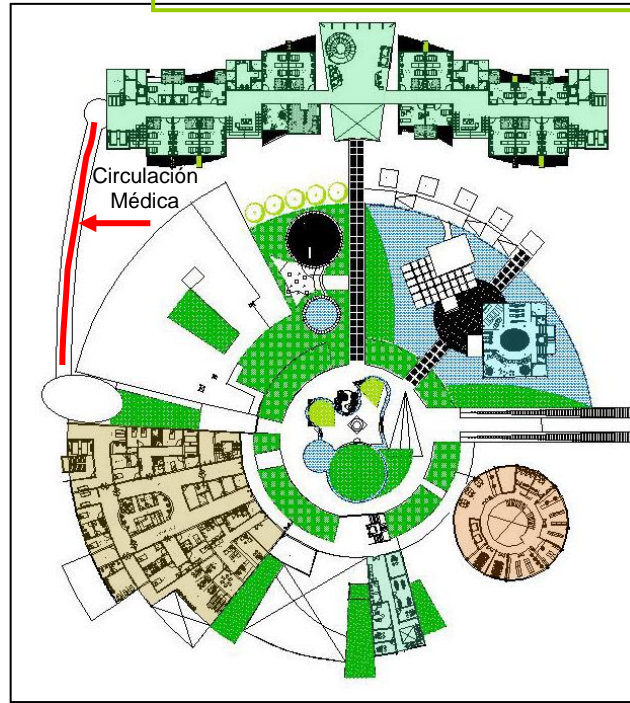
Circulación
médica



SEGUNDO PISO

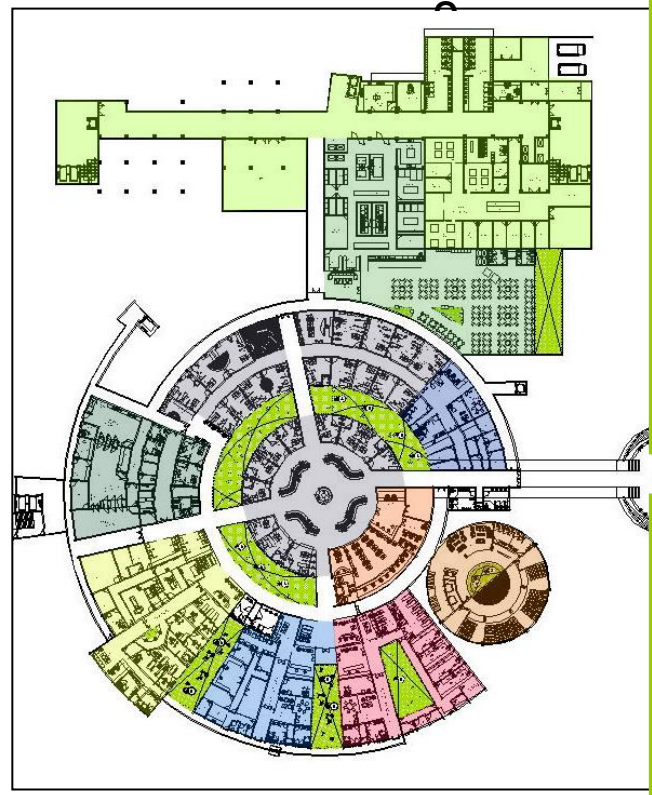
- 456
- Hospitalización
 - Neonatología
 - Centro Quirúrgico
 - Hall Principal
 - Unidad Administrativa
 - Cafetería Pública
 - Módulo de la Mujer y el Niño
 - Unidad de Docencia e Investigación

- Hospitalización
- UCI
- Unidad Administrativa
- Módulo de la Mujer y el Niño
- Unidad de Docencia e Investigación

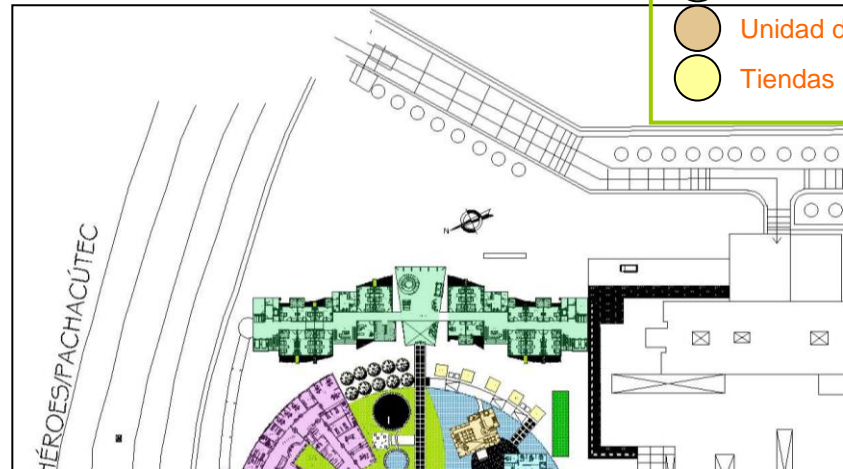


TERCER PISO

PLANTA SÓTAN



- Consultas
- Confort M
- Archivos
- Diagnóst
- Banco de
- Patología
- Unidad de
- CEYE
- Hospitali
- Centro C
- Emergen
- Hall Prin
- Unidad A
- Cafetería
- Módulo de
- Unidad de
- Tiendas

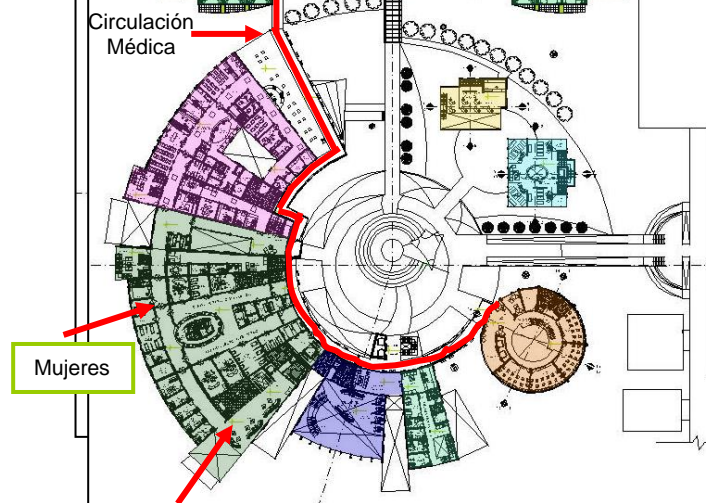


En la planta del sótano se reubicó la zona de archivos y se ubicó junto a él la zona de caja, cerca del ingreso. Se alinearon los ejes de ambos hospitales. Además, se creó una circulación exterior para el personal médico y traslado de pacientes. Se ubicó una central de enfermeras de manera que se tenga con una sola el control de los pacientes de Emergencia, Centro Quirúrgico y UCI, para pediatría y mujeres.

Sin embargo, los cuartos de observación y de aislados, no son supervisados en su totalidad por la central de enfermeras.

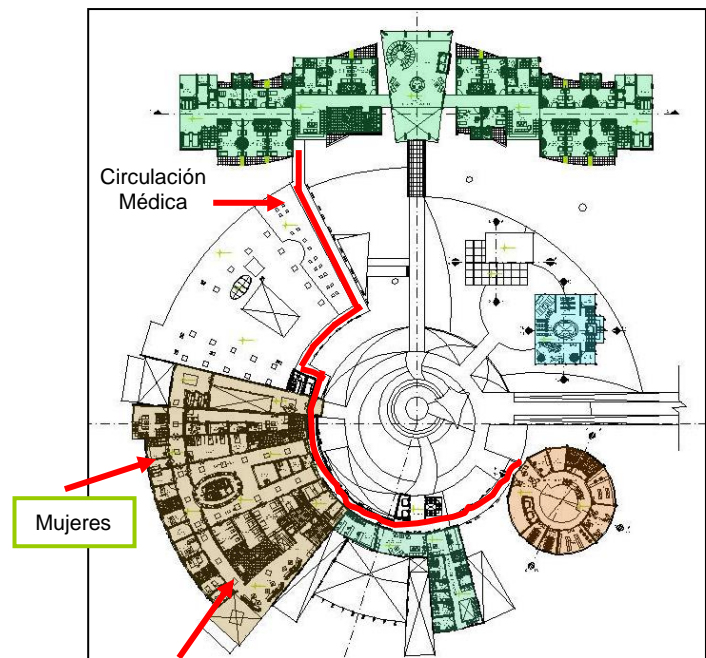
Se propuso un nuevo diseño de plazas, con un recorrido de agua y pequeños puentes.

PLANTA SÓTANO



Se propuso el diseño

TERCER PISO



Servicios Generales

SEGUNDO PISO⁴⁵⁸ Nutrición

Consulta Externa

Confort Médico
Hospitalización

Archivos

Neonatología

Diagnóstico por Imágenes

Centro Quirúrgico

Banco de Sangre

Hall Principal

Patología Clínica

Unidad Administrativa

Unidad de Docencia e Investigación

Cafetería Pública

CEYE

Módulo de la Mujer y el Niño

Anatomía Patológica

Unidad de Docencia e Investigación

Hospitalización

Centro Obstétrico
Hospitalización

Emergencia

UCI

Hall Principal

Unidad Administrativa

Unidad Administrativa

Módulo de la Mujer y el Niño

Cafetería Pública

Unidad de Docencia e Investigación

Módulo de la Mujer y el Niño

Unidad de Docencia e Investigación

Proyecto Final

En la planta del sótano se agregó la Unidad de Anatomía Patológica, además se hizo un acceso directo a la Unidad de Imágenes.

En la primera planta se diferencié el ingreso para Emergencia Pediátrica, Emergencia Gineco-Obstétrica e Ingreso de ambulancias de plaza, diferenciando la zona de juegos de la de descanso.

Se enderezaron los volúmenes de la Cafetería y el Módulo de la Madre y el Niño.

Ahora sí, los cuartos de aislados y de observación son observados desde la central de enfermera, la cual fue nuevamente replanteada.

La circulación de médicos y de traslado de pacientes llega hacia la sala de espera, de manera que se

disminuye el impacto que ocasiona

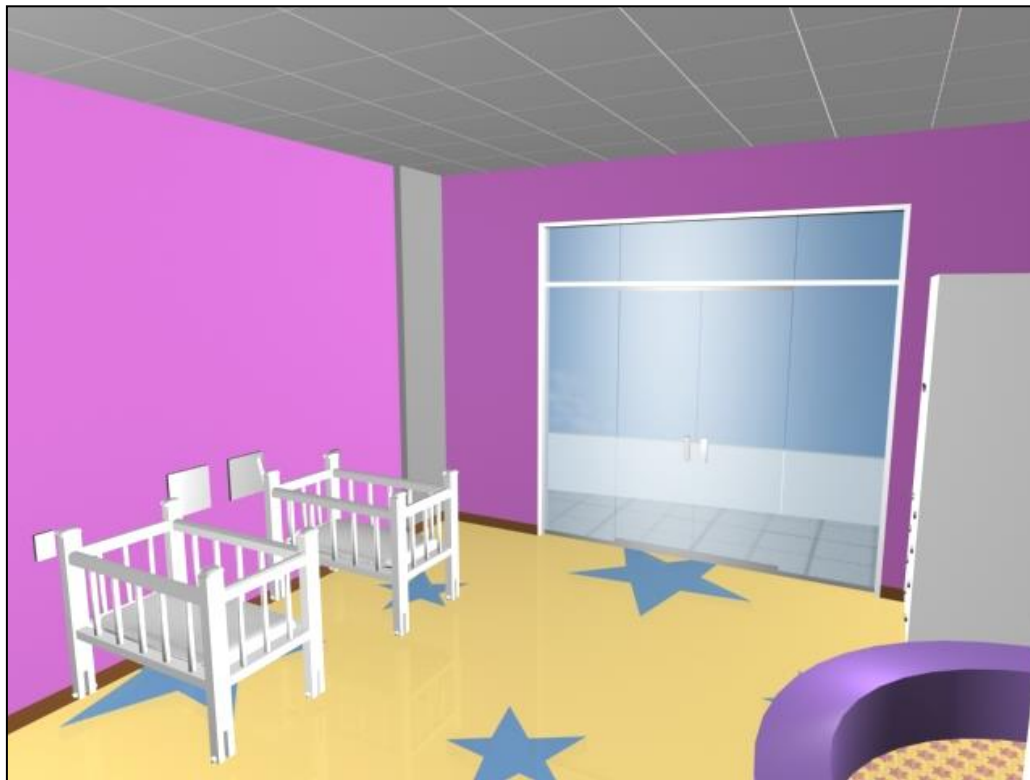
el un paciente en camilla.

Las circulaciones ahora están bien diferenciadas, al igual que las unidades de trabajo médico han sido divididas para la atención de mujeres y para la atención de los niños, de manera de que no sea traumatizante para éstos últimos, contando con una central de enfermeras en común.

Las habitaciones de la Unidad de Hospitalización han sido también replanteadas, ahora cada una cuenta con un diseño diferente, un mobiliario médico y sanitario de acuerdo a la clasificación de habitaciones para gineco-obstetricia, para lactantes, pre-escolares y escolares. Con un trabajo de color de acuerdo a la psicología propia de cada uno.

En este proceso de diseño se ha querido mostrar cada una de las etapas más importantes por las que pasó el proyecto, desde los primeros esquemas, hasta todos los replanteos que fueron necesarios.

Este es el proyecto final, que finalmente llegó a cumplir con todos los objetivos tanto a nivel formal como a nivel funcional que me había planteado y que además tomó en cuenta cada una de las observaciones y las críticas dadas por médicos, arquitectos y personal especializado, en mejora del proyecto.

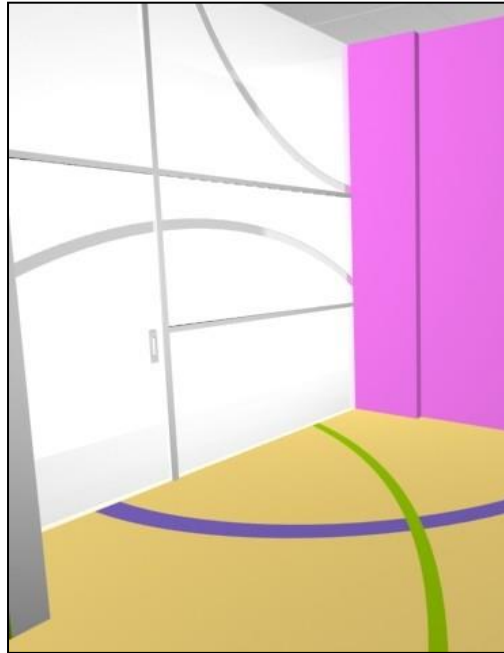
VISTAS

Vista Habitación Pediatría - Lactantes



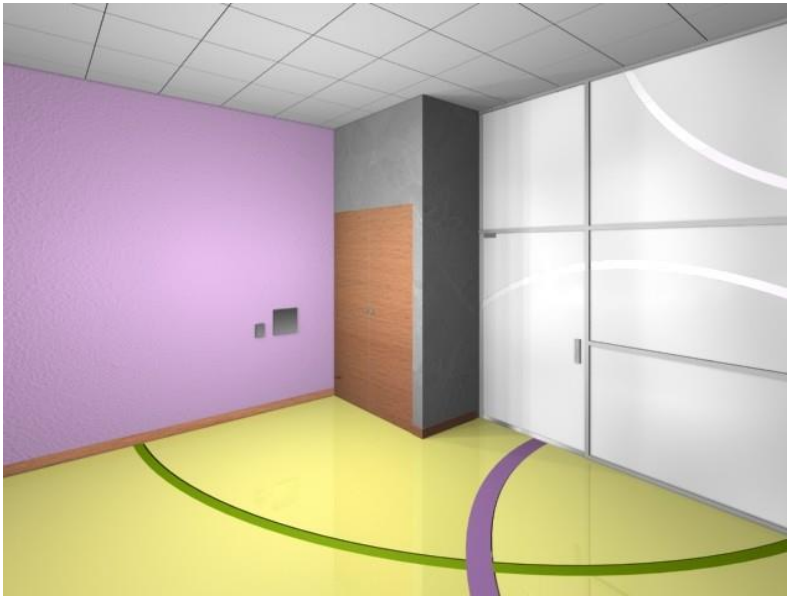
Vista Habitación Gíneco-Obstetricia

Detalle Puerta de ingreso a Habitación





Vista



Módulo de la Mujer y el Niño

Vista Interior Habitación Gineco-Obstetricia



Vista Interior Habitación Gineco-Obstetricia

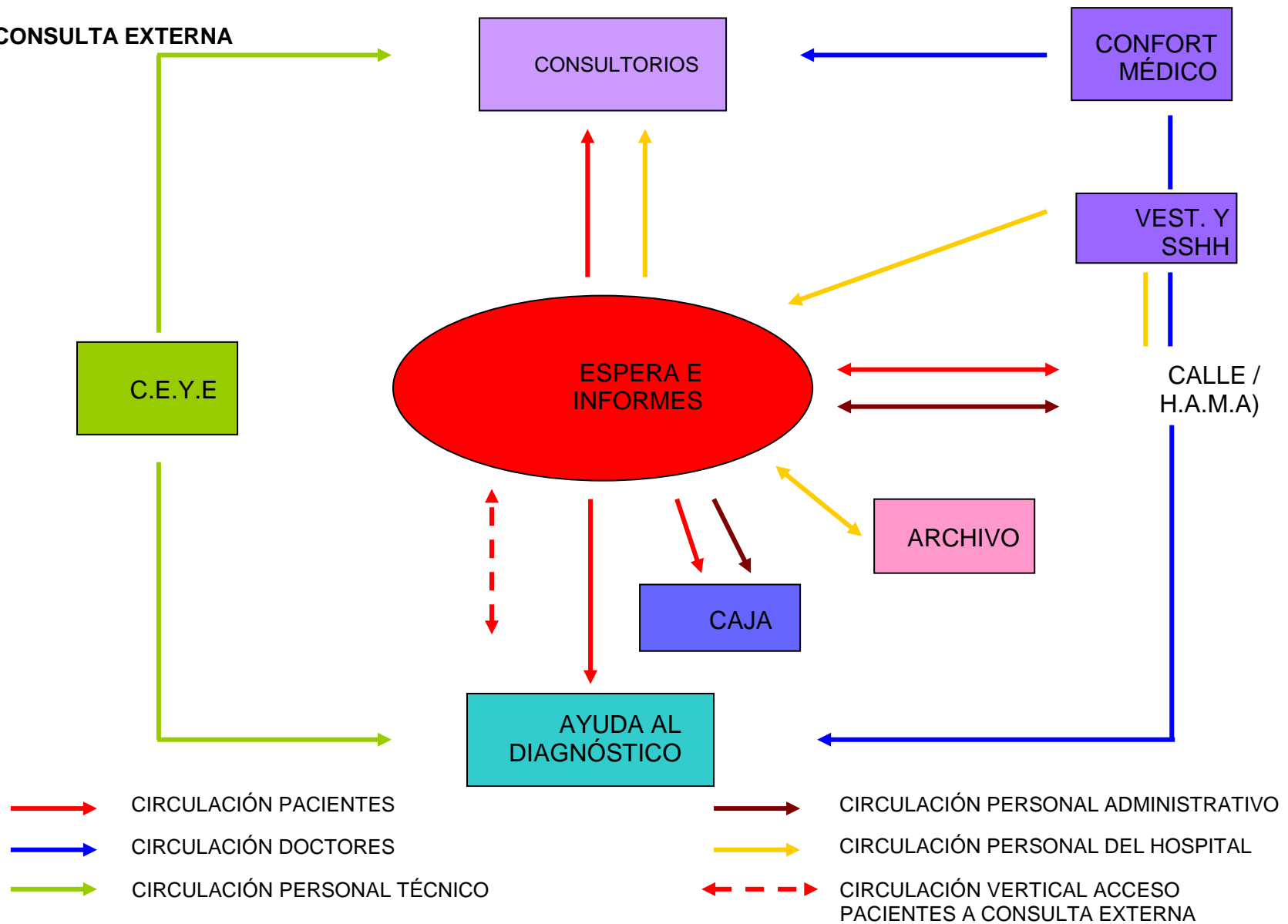
5.2 Fluxometrías

Un hospital requiere de un complejo proceso de diseño, el cual determinará las circulaciones principales y secundarias, las relaciones entre los ambientes y entre los mismos usuarios. Para ello, se elaboró una serie de fluxometrías, que señalan las relaciones entre los ambientes del hospital.

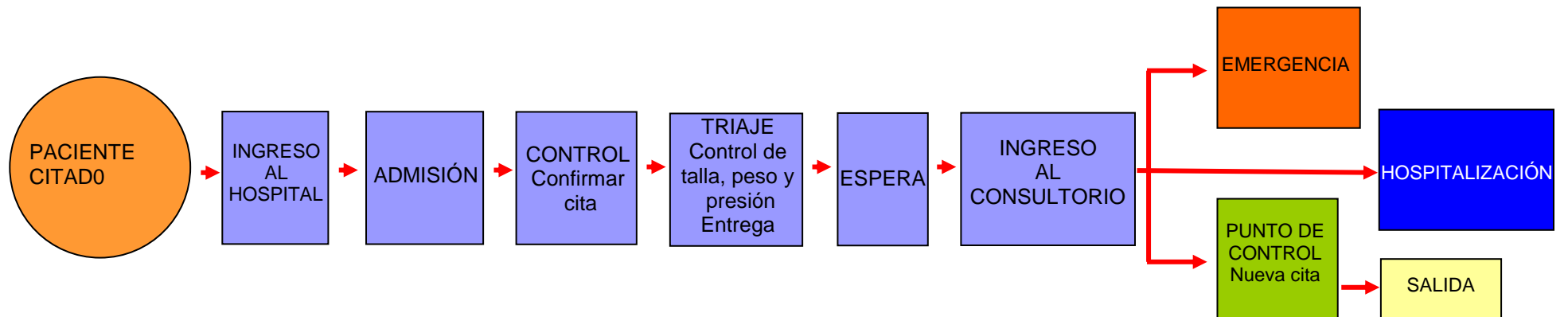
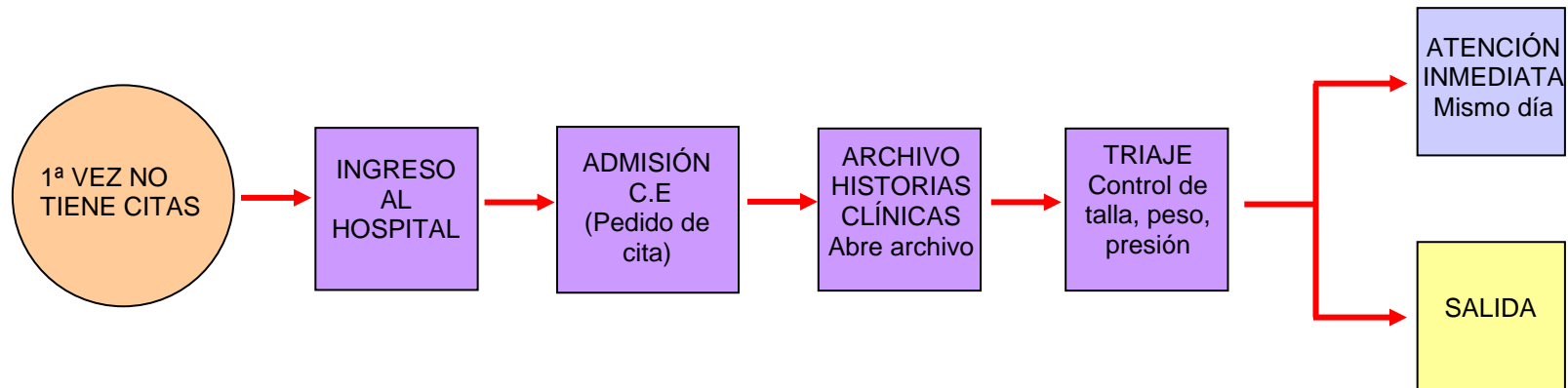
Estos diagramas muestran además las circulaciones tanto del personal público, del paciente, del familiar, del personal médico y del personal de servicio, todos parte importante en el diseño de un hospital.

5.2 Fluxometrías

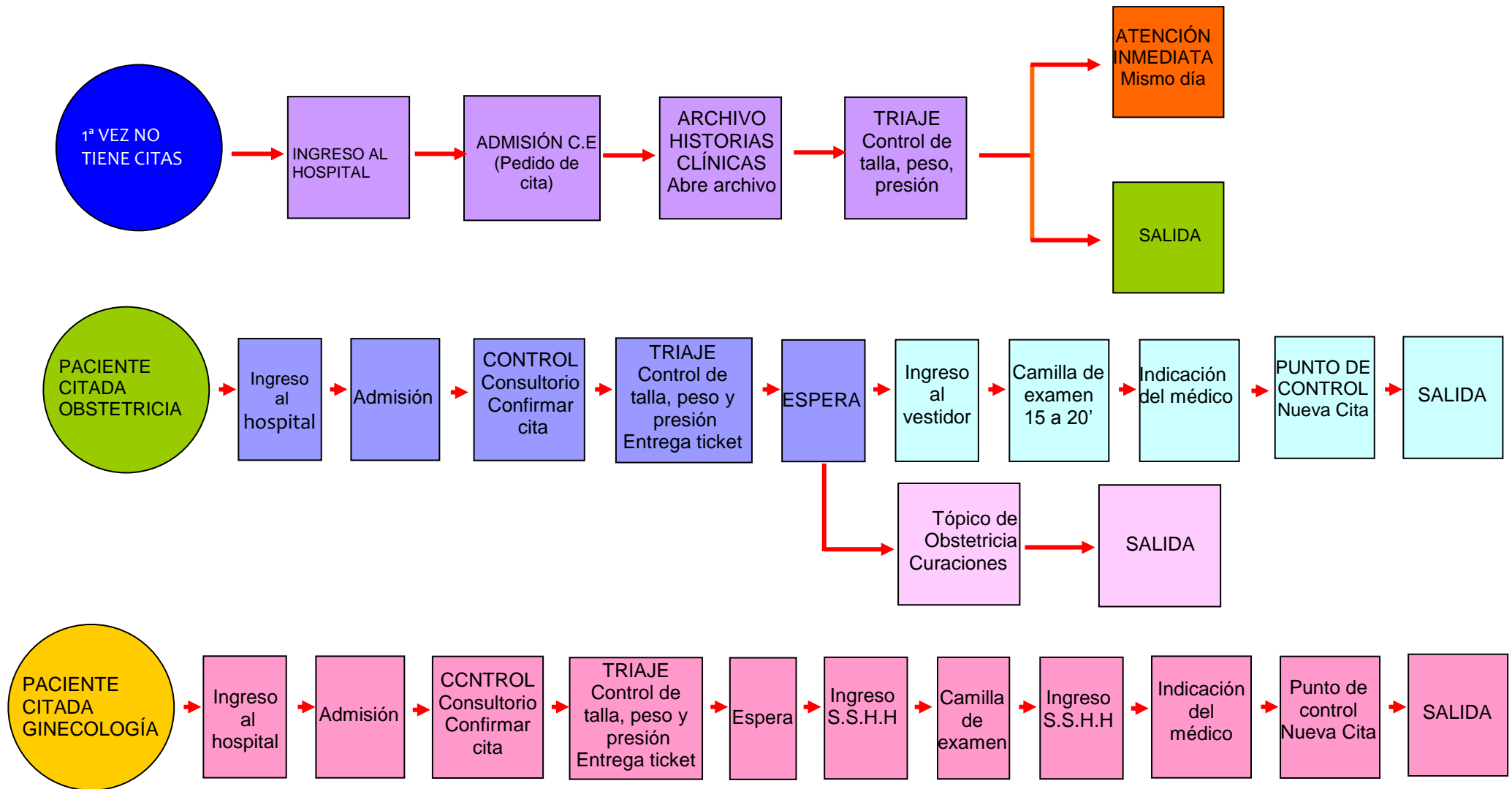
1. CONSULTA EXTERNA



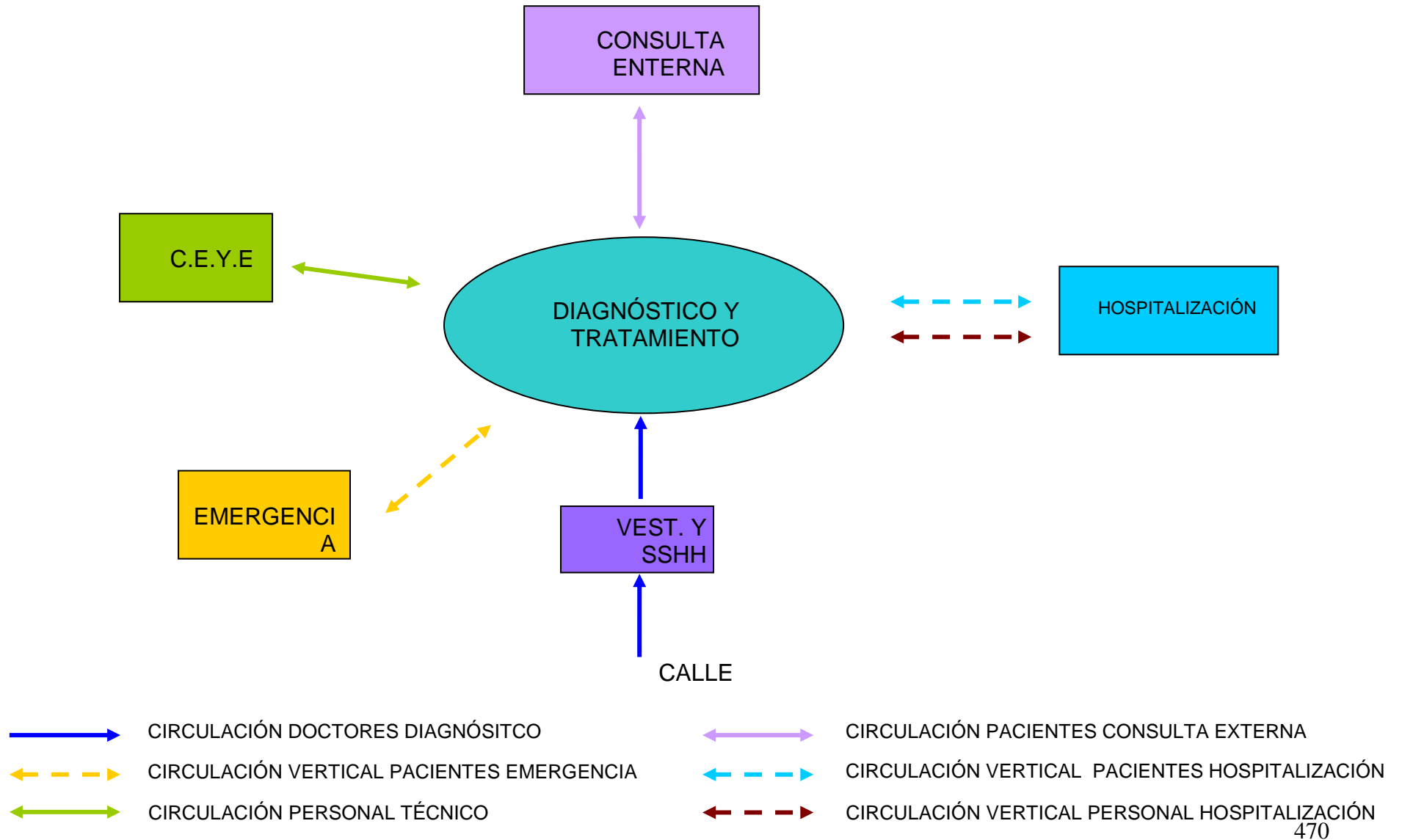
1.1 CONSULTA EXTERNA DE NIÑOS



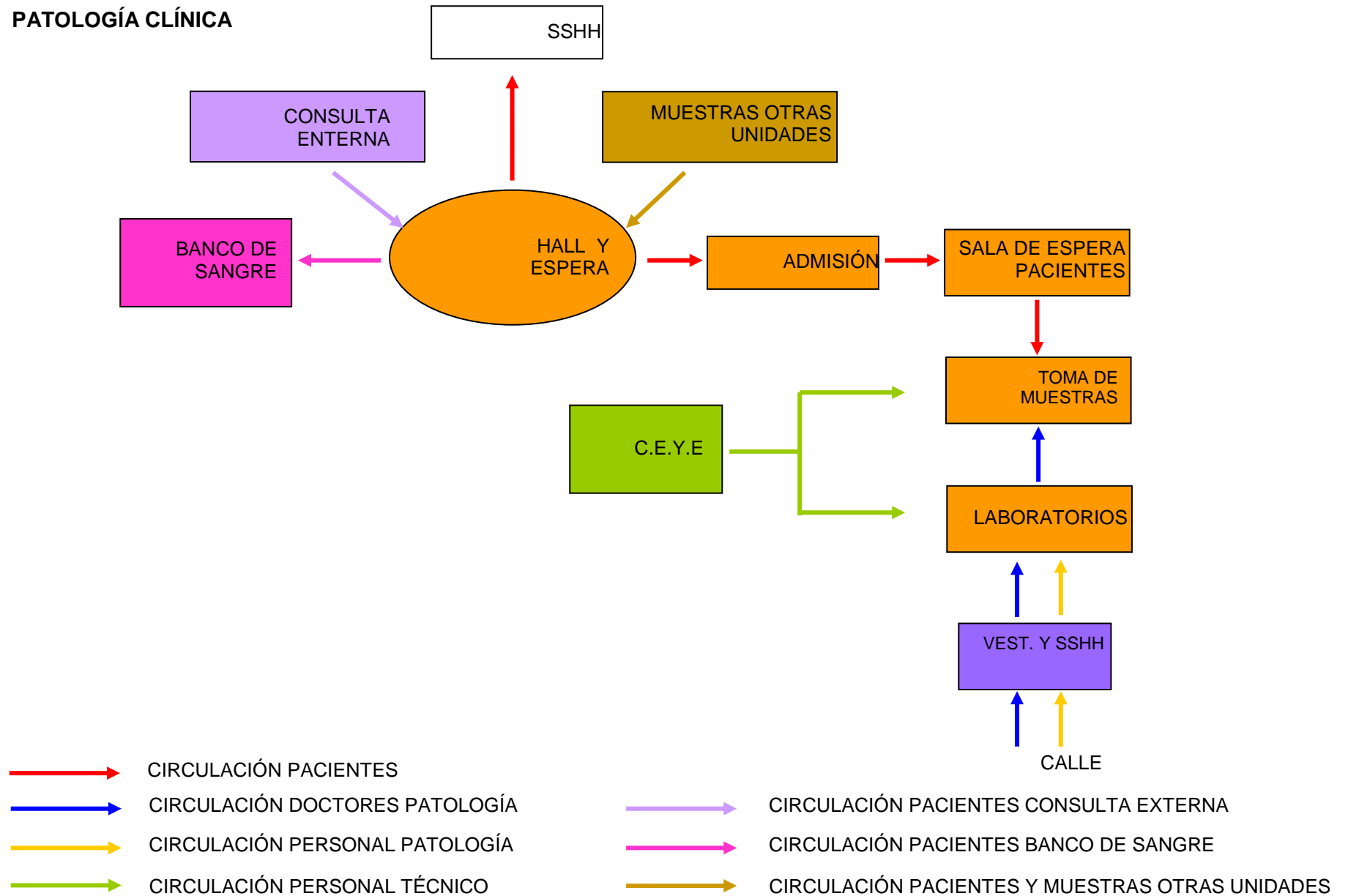
1.2 CONSULTA EXTERNA DE MADRES



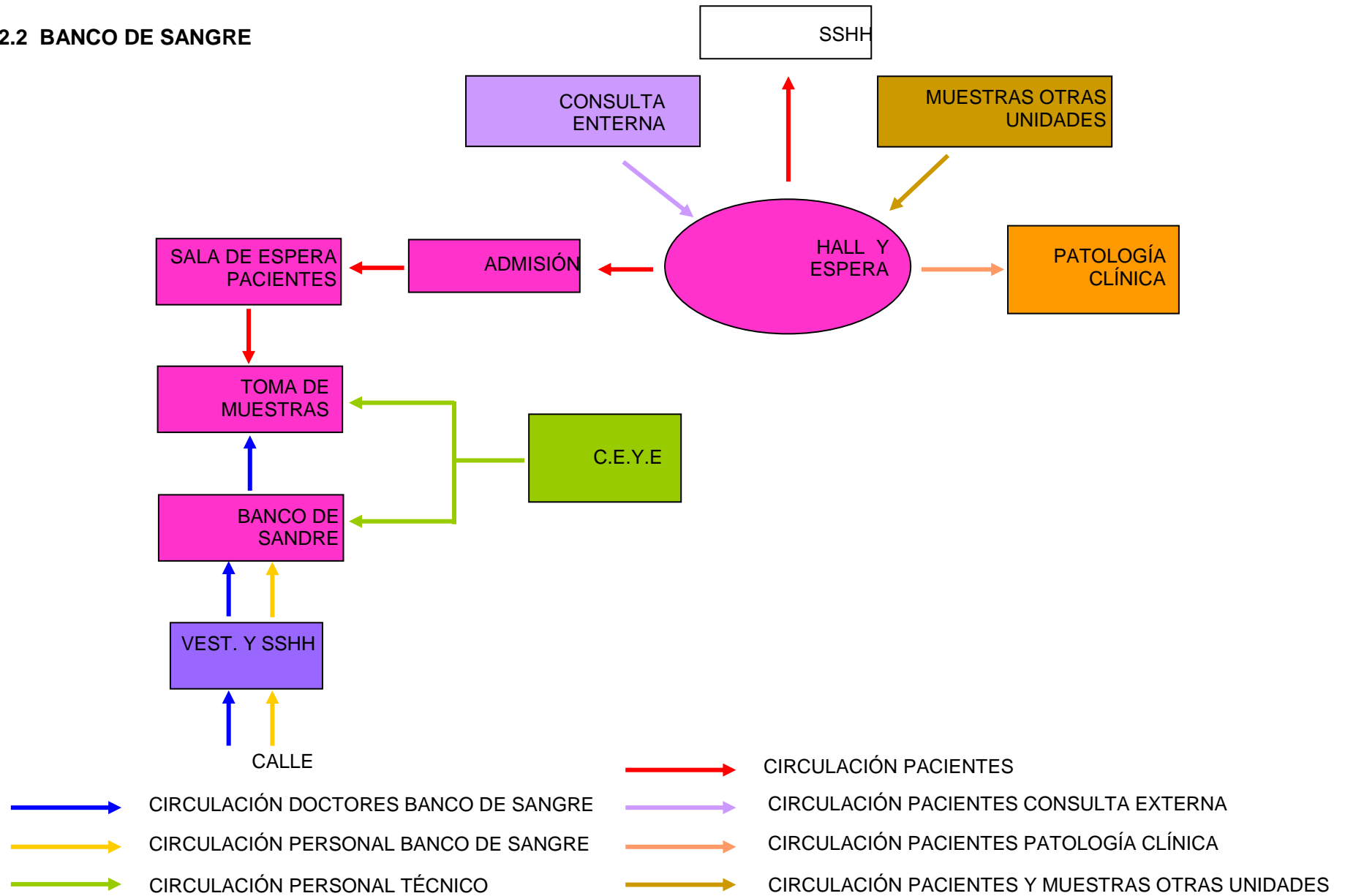
2. AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y AL TRATAMIENTO



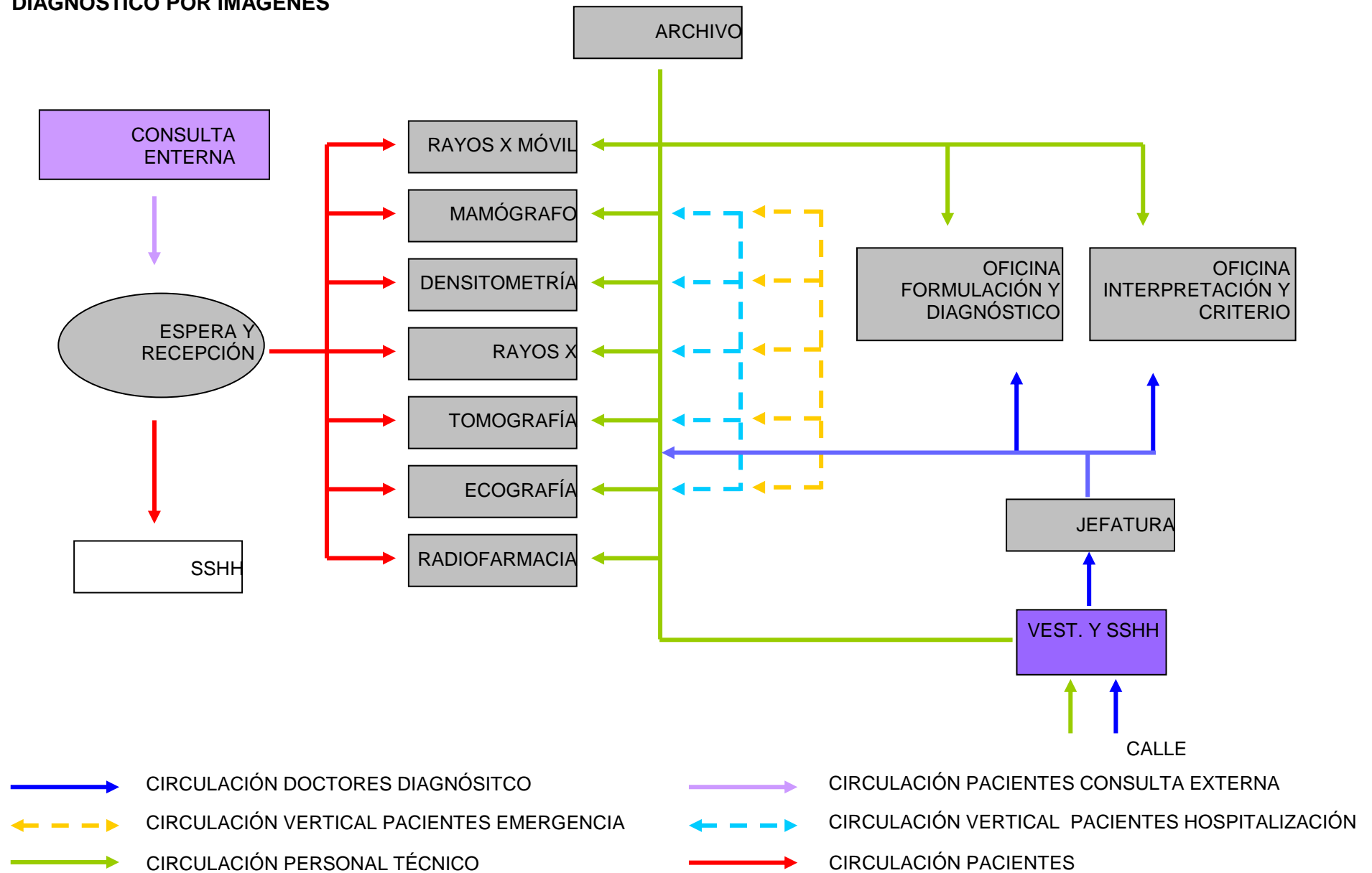
2.1 PATOLOGÍA CLÍNICA



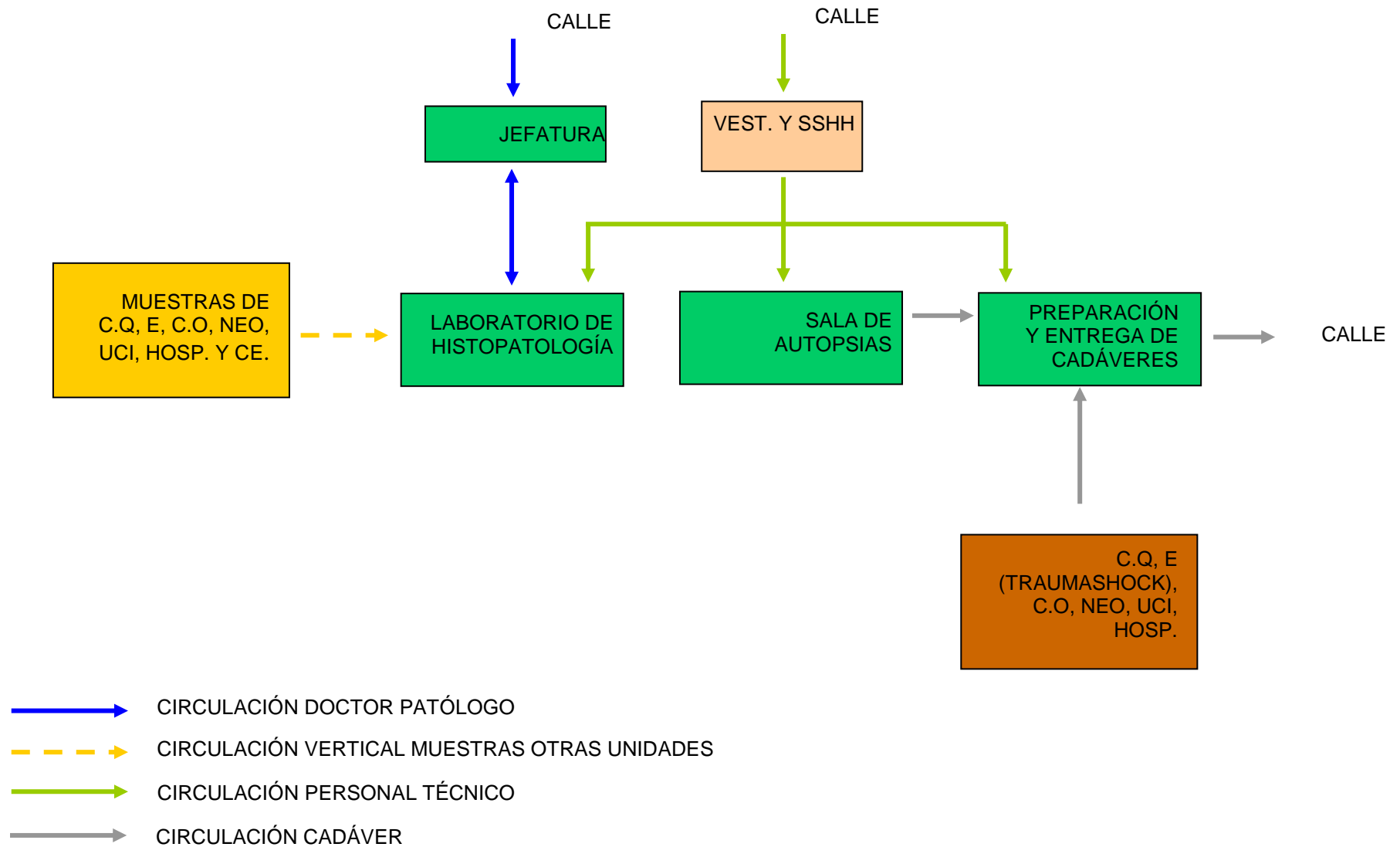
2.2 BANCO DE SANGRE



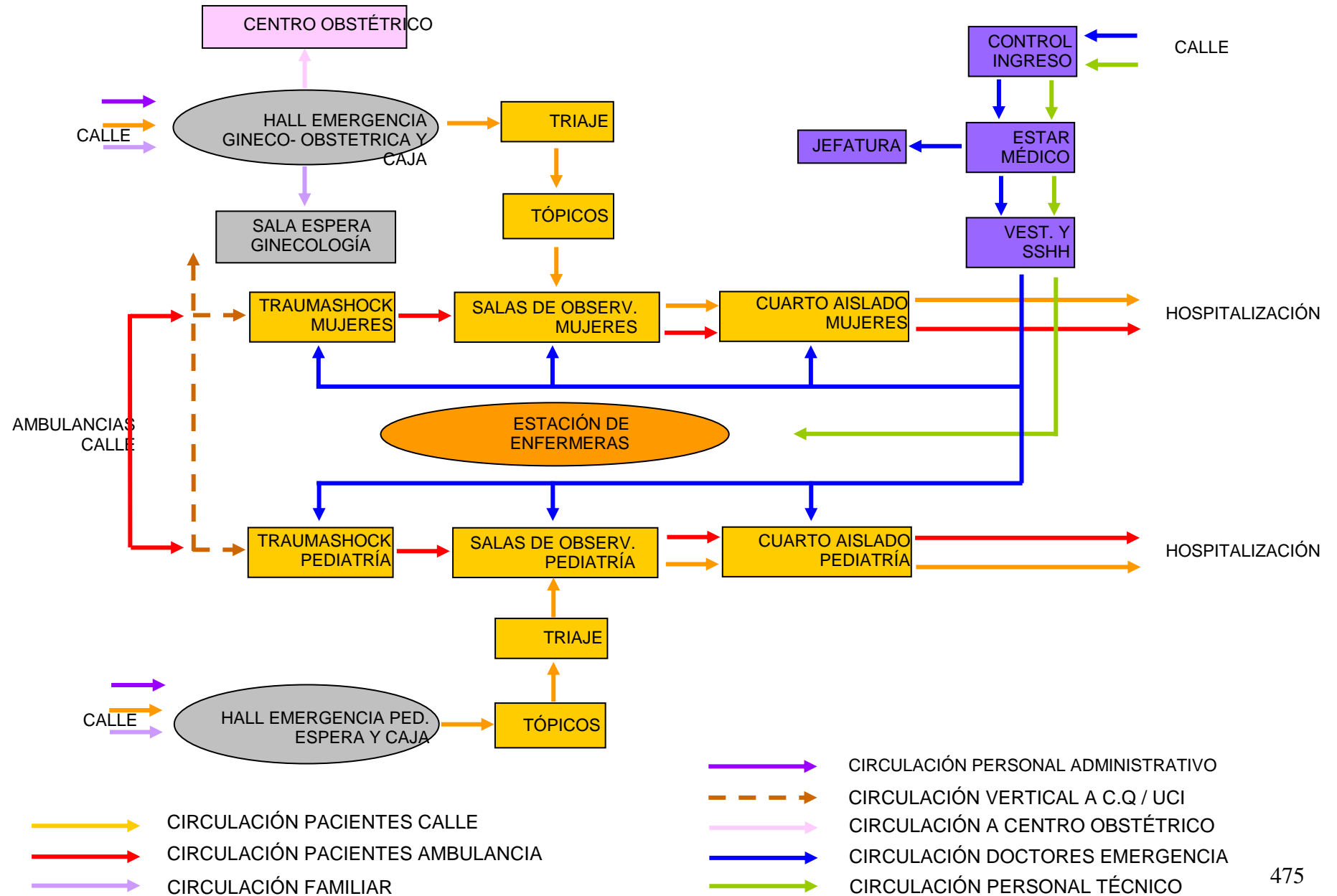
2.3 DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



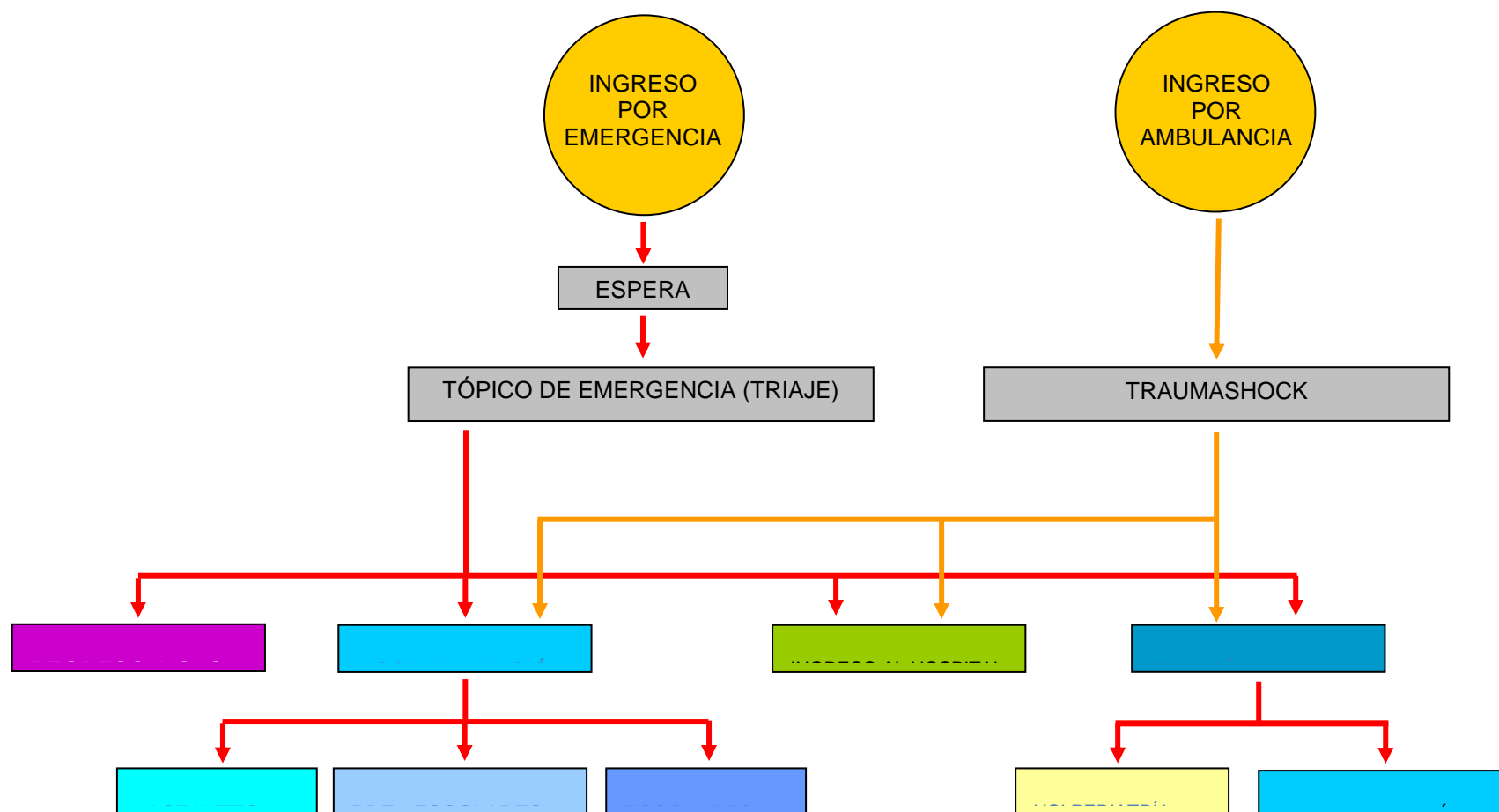
2.4 ANATOMÍA PATOLÓGICA



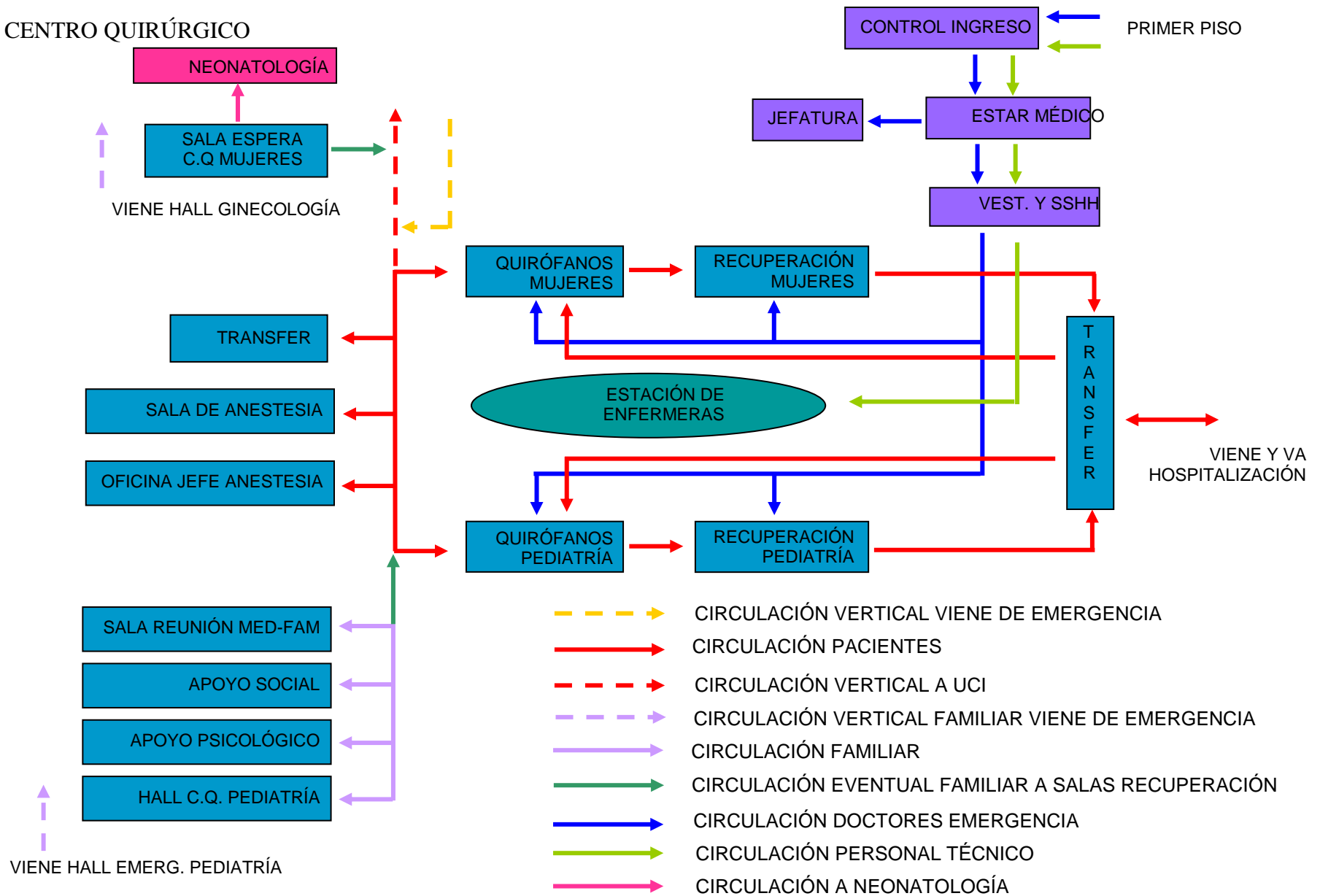
3. EMERGENCIA



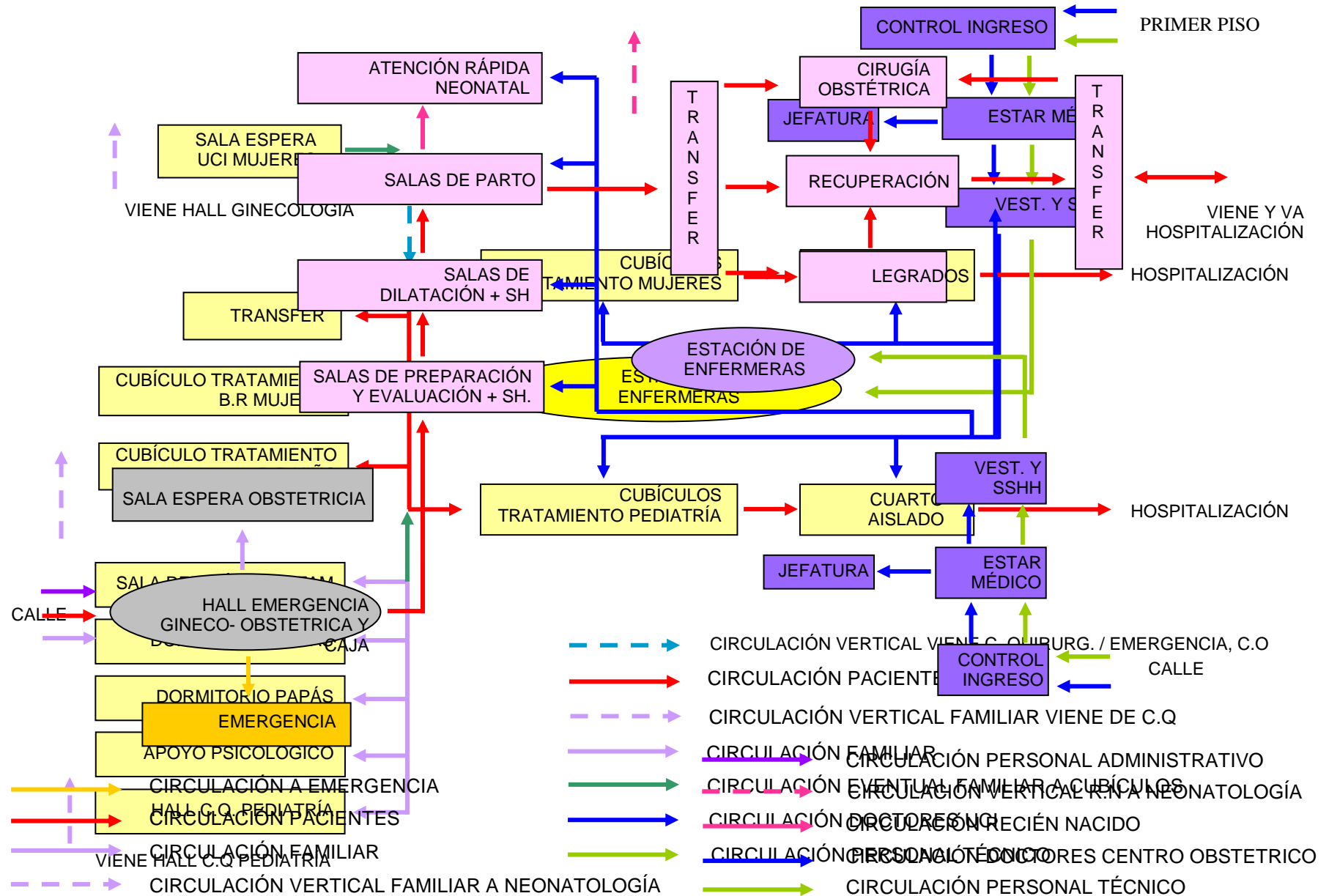
3.1 EMERGENCIA PEDIÁTRICA



4. CENTRO QUIRÚRGICO

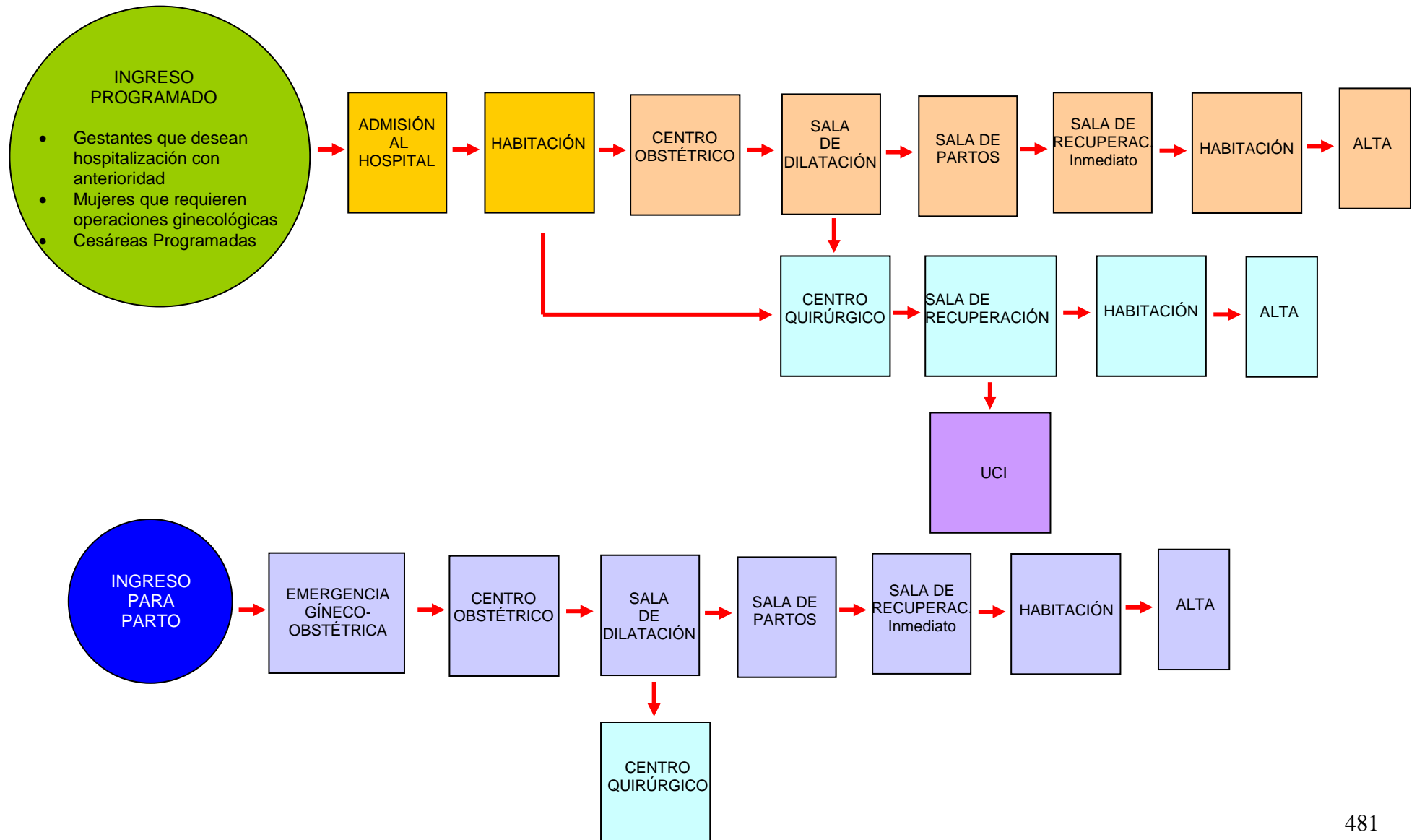


5. UCI

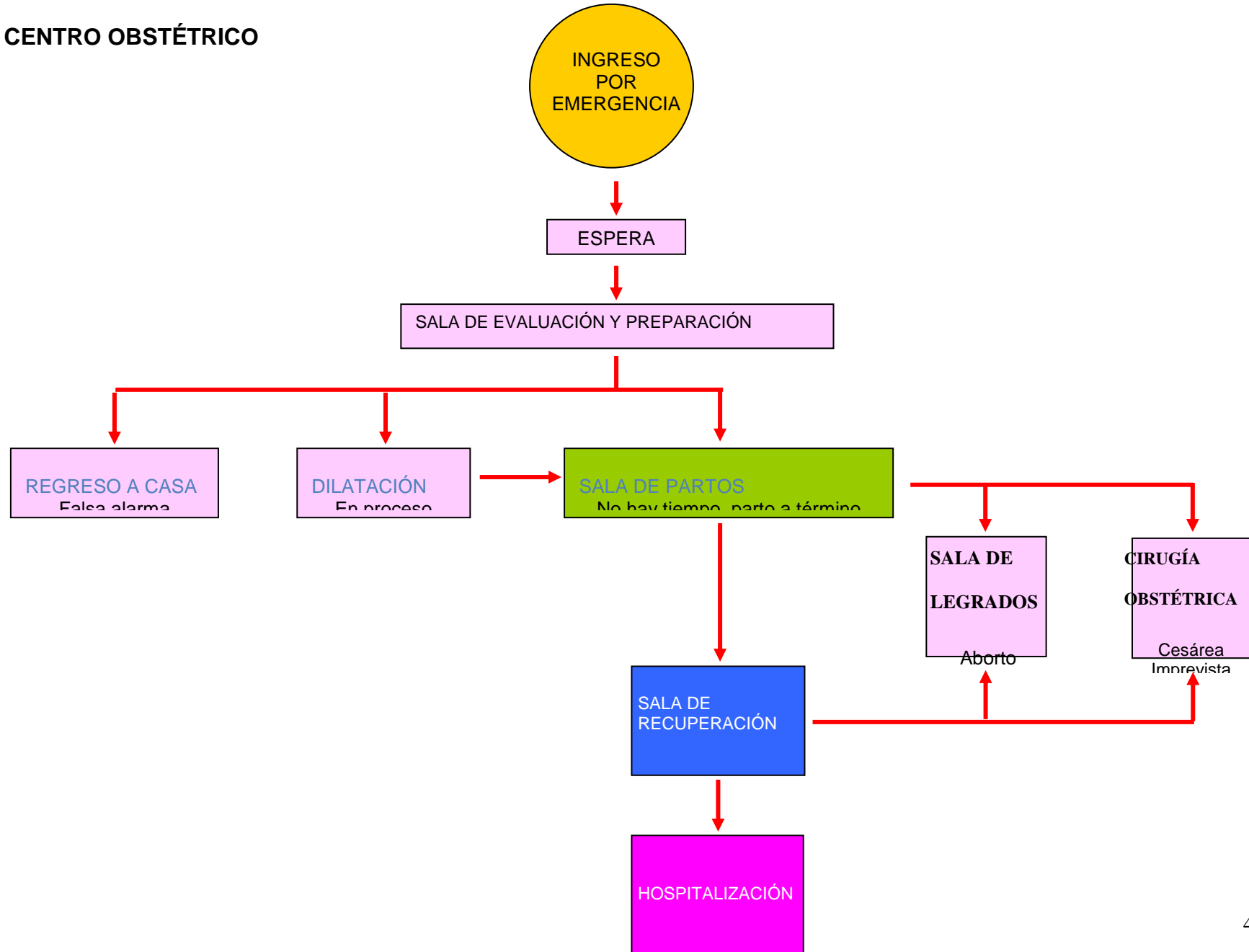


6. CENTRO OBSTÉTRICO

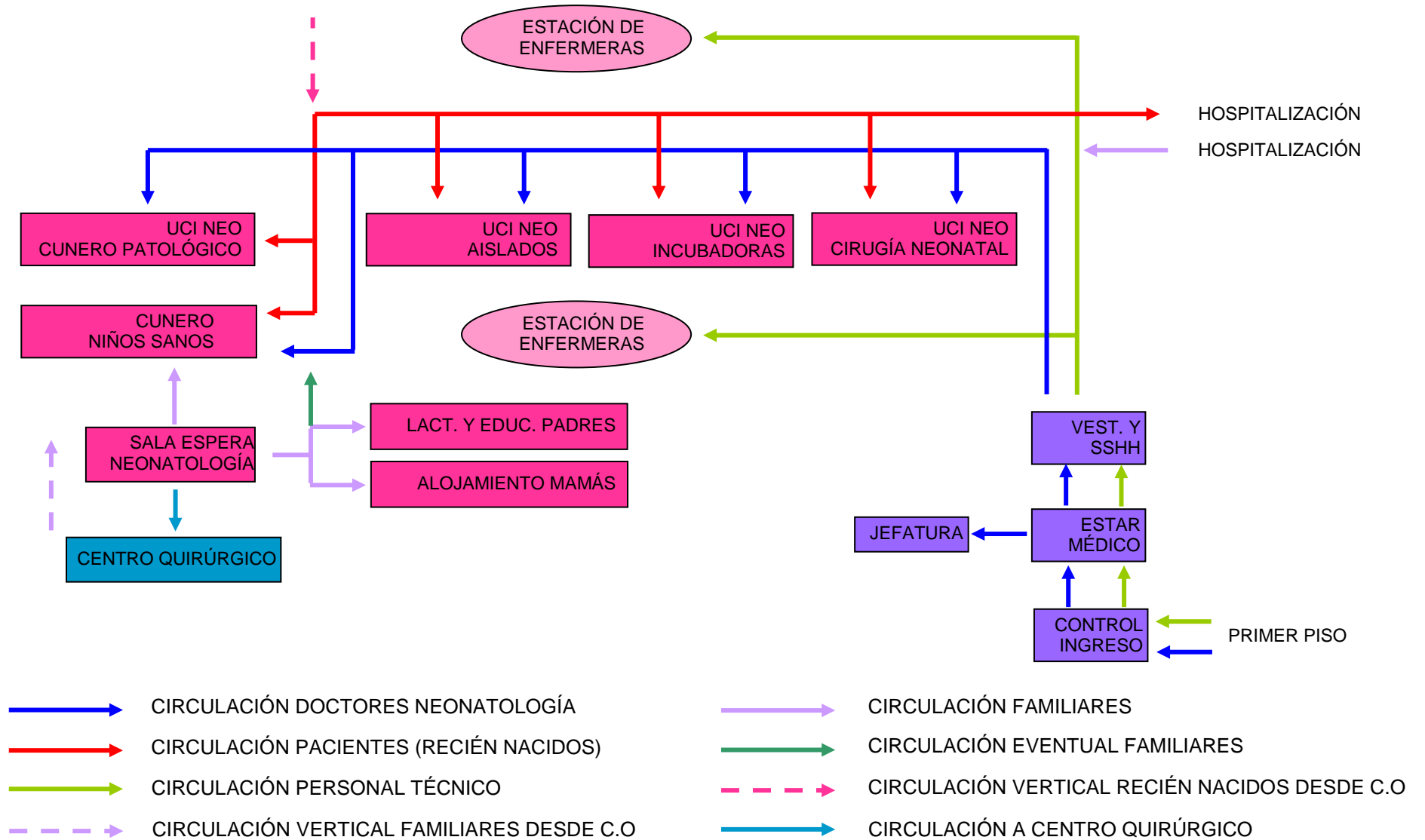
6.1 CENTRO OBSTÉTRICO

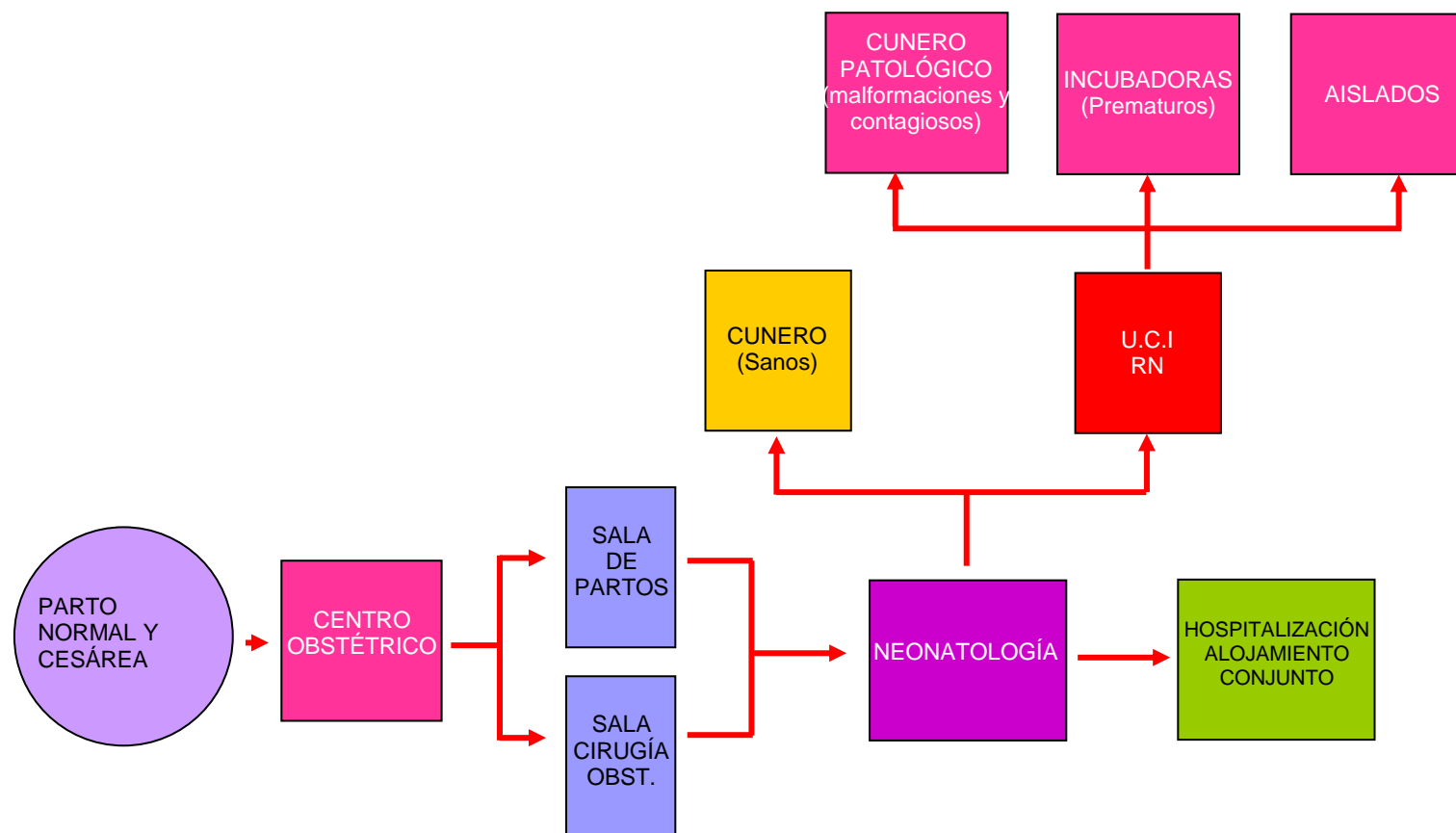


6.2 CENTRO OBSTÉTRICO

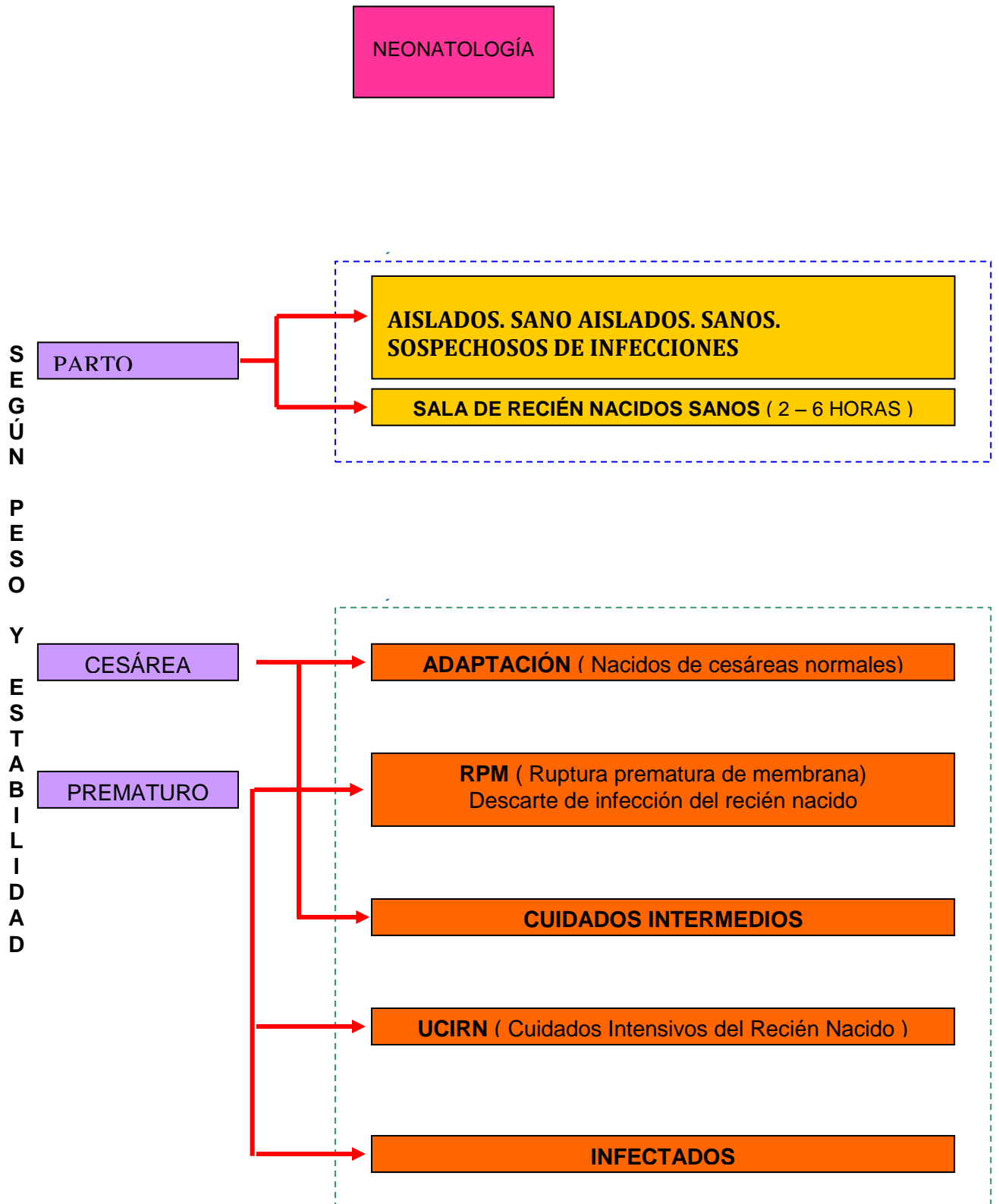


7. NEONATO7.1 NEONATOLOGÍA





7.2 NEONATOLOGÍA



5.3 Unidades de Atención

1. UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN

Es la unidad encargada de dirigir, administrar, controlar y coordinar los programas, recursos humanos, materiales y financieros, así como hacer cumplir las normas, reglamentos, disposiciones que ayudan a mejorar la eficiencia de los servicios de cada unidad.

2. UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA

Es el sector encargado de brindar atención integral de salud al paciente ambulatorio. Tiene por objeto valorar, diagnosticar y prescribir los tratamientos en los diferentes campos de la especialidad médica, contando para ello con el apoyo de métodos auxiliares de diagnóstico, tratamiento y hospitalización.

Esta unidad compartirá muchos de los consultorios con la Unidad de Consulta del María Auxiliadora, de manera de que el proyecto sólo se concentre en la atención de la madre y el niño y en las atenciones que estos realmente necesiten.

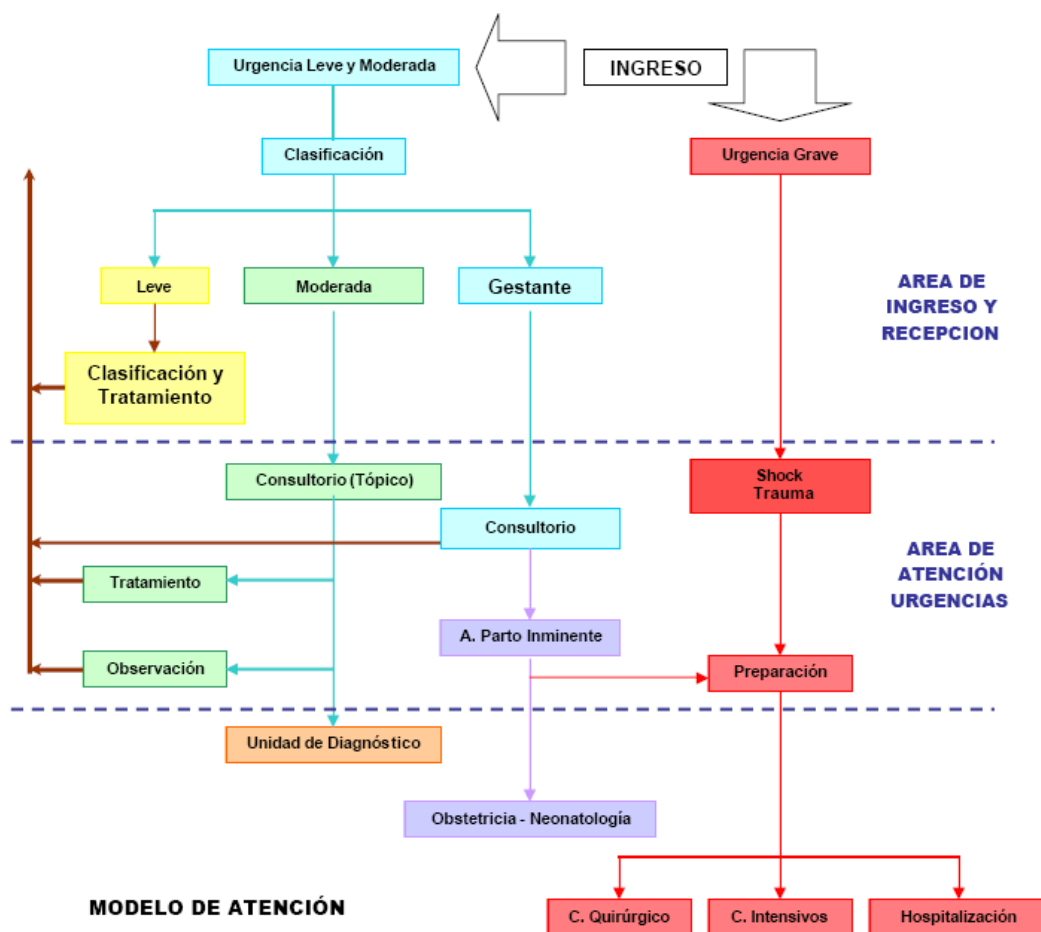
3. UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Es el conjunto de servicios debidamente equipados, cuya función principal es la de apoyar al médico para realizar exámenes y estudios que precisen sus observaciones clínicas, para poder obtener o confirmar un diagnóstico, como parte inicial del tratamiento.

4. UNIDAD DE EMERGENCIA

Tiene como función atender a pacientes mujeres y niños que necesiten atención médica inmediata, en situaciones en las que su integridad y vida se encuentran comprometidos. Funciona las 24 horas del día y la permanencia de los pacientes no debe ser mayor a 48 horas.

Esquema 1.⁹⁰



⁹⁰ "GUÍA PARA EL DISEÑO DE UNIDADES DE EMERGENCIA". PRONAME. MINSA

EMERGENCIA MÉDICA LEVE

Situación clínica de un paciente en la que solo requiere tratamiento sintomático y su vida no corre peligro. Debe ser atendida previa a la clasificación de la situación clínica que la realiza un profesional de la salud capacitado.

EMERGENCIA MÉDICA MODERADA

Situación clínica de un paciente en la que requiere necesariamente de consulta médica y exámenes complementarios y una proporción puede requerir internamiento.

EMERGENCIA MÉDICA GRAVE

Situación clínica donde el paciente no puede movilizarse ni valerse por sus propios medios y requiere internamiento y/o intervención quirúrgica inmediata. En ambos casos la vida del paciente está en riesgo de perderla.

5. UNIDAD DE CENTRO OBSTÉTRICO Y NEONATOLOGÍA

Es la unidad encargada de otorgar la atención oportuna y adecuada en el periodo de alumbramiento, tanto para la madre como para el recién nacido. Esta unidad es el núcleo de todo el proyecto del que se ramifican las diferentes unidades y servicios y que simboliza que todo gira en base a los usuarios madre y niño.

6. UNIDAD DE CENTRO QUIRÚRGICO

Es la unidad del hospital más compleja en cuanto a espacios e instalaciones especiales necesarios para la realización de intervenciones quirúrgicas, en el caso de las madres para cualquier intervención ginecológica o cesáreas, y para los niños en

caso que requieran cirugías. Estas intervenciones deben realizarse en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminación y/o funcionamiento de equipos.

7. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y EQUIPOS (CEYE)

Se conoce al conjunto de espacios arquitectónicos con características de asepsia especiales, con áreas y equipos específicos donde se lavan, preparan, esterilizan, guardan momentáneamente y distribuyen, equipo, materiales, ropa e instrumental utilizados en los procedimientos médicos quirúrgicos, tanto en la sala de operaciones como en diversos servicios del hospital.

8. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Es la unidad que proporciona atención médica especializada a la madre y al niño cuando presentan alteraciones fisiopatológicas que ponen en peligro su vida y que necesitan de mayores cuidados humanos y tecnológicos.

9. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Esta unidad es considerada como la parte medular del hospital. La preocupación fundamental es elevar la calidad de atención al paciente, pero también racionalizar y tipificar los espacios arquitectónicos, con la finalidad que el personal que labore en esta unidad optimice su trabajo con los menores recorridos posibles y con los elementos y equipos adecuadamente localizados para estos efectos. La principal función de esta unidad es la atención integral de la madre y el niño por medio de

procedimientos que requieran reposo en cama, vigilancia médica, atención de enfermería y apoyo de métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Esta unidad tendrá relación con la Unidad de Consulta Externa del María Auxiliadora, de manera de mantener una dinámica entre ambos hospitales.

10. UNIDAD DE CONFORT PERSONAL

En esta unidad se encuentran aquellos servicios que brindan tanto atención tanto para el médico, personal de enfermería y pacientes. Se pueden mencionar, espacios de Biblioteca, salas múltiples, estar de enfermeras y de médicos, la cafetería, salas de espera, salas de juegos, espacios de meditación y vivienda médica para los médicos residentes o internos que prestan servicio al hospital.

11. UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES

Es el conjunto de departamentos de Nutrición y Dieta, lavandería y ropería; también se encuentran los ambientes de mantenimiento y la sala de máquinas.

El hospital, visto como ente generador de servicios, ejerce sus prestaciones por medio de la aportación laboral y de conocimientos que imparten sus equipos asistenciales. Este personal precisa, para el desarrollo de sus funciones, unos medios materiales complementarios, que el hospital aporta por medio de la labor y gestión de otros servicios que, por su diversidad de actuaciones, se denominan generales.

Los equipos asistenciales trabajan directamente con este objetivo y son los que están en contacto directo con él, en tanto los servicios generales tienen carácter para asistencial y no están en contacto con el paciente.

Los servicios generales cuidan de cada cosa, objeto tangible que configura y emplea el hospital, que se precise en el hospital que esté en su lugar, en la cantidad y calidad

precisas, en el momento que se necesite y a un costo mínimo. Estos elementos que emplea el hospital tienen una secuencia de vida, de permanencia o de tránsito, tales como: su compra, su limpieza, su almacenamiento, su reparación, su asepsia, su consumo, su instalación, etc.

El avituallamiento de estos objetos y sus secuencias de empleo y utilidad, configuran unas líneas de trabajo, de metodología y especialidades diversas, que el hospital realiza y gestiona a través de sus servicios generales.

La Segunda Guerra Mundial, marcó un hito en la evolución de los hospitales, puesto que a partir de esta época, al convertirse la asistencia hospitalaria en uno de los nuevos beneficios sociales y al tecnificarse las ciencias médicas, los hospitales crecieron en número, se activaron los procesos de curación y se masificó la asistencia. Estos crecimientos de calidad y cantidad, más la suma de dinero, trajeron consigo la necesidad de cambiar la administración del hospital histórico por unos nuevos modelos de gestión, más ágiles y operativos ante las nuevas exigencias.

Al inicio de esta nueva época de transición, las funciones que actualmente engloban los servicios generales siguen formando parte de las labores de Administración, como había sido históricamente, hasta que la diversificación de estas tareas y su tecnificación creciente creó la necesidad de darles carácter propio. Esto se inició hace unos 15 años con la aparición de las direcciones de servicios generales en algunos hospitales. El personal dedicado a los servicios generales varía entre el 10-15% de la plantilla general del hospital.

FUNCIONES BÁSICAS DE LOS SERVICIOS GENERALES

La primera división de las funciones que ejercen estos servicios es de orden técnico-operativo, tales como:

Aprovisionamiento:	Compras
	Almacenes
	Distribución
Ingeniería:	Instalación
	Bioparellaje (instrumentación)
	Obras (conservación)
Hostelería:	Alimentación (cocinas)
	Lavandería-Lencería
	Limpieza
Otros:	Esterilización
	Información y vigilancia
	Otros

Antes de tecnificarse y organizarse estos servicios, y en sus primeros tiempos después de su creación, las dedicaciones se mezclaban y confundían. Esta primera compartimentación, ejercida en el orden práctico o conceptual es importante para mantener un orden en las tareas a realizar, bajo la supervisión del jefe del servicio.⁹¹

Al ser un hospital anexo al Hospital María Auxiliadora, se compartirán algunos de los servicios con el fin de reducir áreas y recursos.

5.4 Relación Espacio - Actividad

TRIAJE

⁹¹ "LA GESTIÓN EN LOS SERVICIOS GENERALES HOSPITALARIOS". Torrent Puig. Dr. Ing. Cosultor de Gestión Hospitalaria. www.hospitecnia.com

Es la zona donde se recibe en primer instancia a los pacientes que vienen de la Unidad de Consulta Externa y/o de la comunidad. Se selecciona a los pacientes de acuerdo al motivo de su hospitalización. Debe ser una sala amplia con sala de espera para los pacientes y familiares.

SALA DE EVALUACIÓN OBSTÉTRICA

De la zona de triaje pasa a la zona de Evaluación Obstétrica donde se realiza un examen gineco-obstétrico y de funciones vitales como es la presión, el peso, el pulso, temperatura, etc. Este ambiente debe contar con cubículos amplios. Deben estar divididos para los exámenes gineco-obstétricos, cada uno con una mesa ginecológica, con la debida privacidad y el equipo completo para el examen como son; espéculos, toma de muestras para estudios, fetoscopios, equipos ultrasonido, etc. Y para las funciones vitales, el cual debe estar equipado con tensiómetros, termómetros, balanzas.

En estas condiciones y de acuerdo a la evaluación médica la paciente pasa a la Unidad de Hospitalización o al Centro Obstétrico.

Las pacientes que pasan a las habitaciones son las que necesitan hospitalización por ya ser que requieran operaciones ginecológicas, operaciones obstétricas: cesáreas o pacientes de alto riesgo, ya sea por embarazos complicados.

CENTRO OBSTÉTRICO

El Centro Obstétrico debe contar con salas de Dilatación o Trabajo de Parto con la privacidad y equipo necesario.

Además deberá contar con Salas de Expulsión cada una con mesas para partos equipadas con los equipos necesarios para el parto.

Deberán haber, también Salas para Partos Infectados, Salas de Puerperio Inmediato, para las 2 primeras horas del post-parto y ambientes para el botiquín, debidamente equipados.

De este órgano de línea pasa a la Unidad de Hospitalización.

SALA DE PARTOS

Es el lugar donde se realiza la culminación del embarazo.

El material que tiene que tener un paritorio debe de ser:

- Cama donde se realiza el parto, es una cama articulada la cual se puede poner en posición ginecológica
- Fuente de luz quirúrgica
- Cuna térmica para recibir al neonato: con fuente de luz, oxígeno, aspiración y cronómetro.
- Carro de anestesia, con material específico para hacer una anestesia
- El personal que debe de haber en la sala de partos es:
 - Obstetra o Matrona
 - Auxiliar de enfermería
 - Ocasionalmente:

- Tocólogo
- Pediatra
- Anestesista
- Enfermera de neonatología

QUIRÓFANO DE OBSTETRICIA

Este es una sala de dimensiones algo superiores a la sala de partos, consta de:

- Mesa de Intervención, que pueda optar por posición tocológica
- Fuente de luz quirúrgica
- Carro de anestesia
- Cuna térmica con utensilios para proceder a una reanimación

La cesárea es una operación abdominal realizada para extraer un bebé cuando el parto vaginal no es posible o es peligroso, a través de una incisión quirúrgica.

CUNA TÉRMICA

Es una cuna con una fuente de calor, donde se ubica al neonato para su inspección y ayuda al acondicionamiento al medio ambiente nuevo. El material que debe de haber en el entorno del neonato debe de ser:

- Material estéril para su acogimiento en la cuna:
 - 1 paño estéril
 - Guantes estériles
 - 2 compresas estériles

- 1 pinza de cordón
- Sondas de succión de secreciones
- Material para exploración:
 - Fonendoscopio neonatal
 - Linterna
 - Laringoscopio con palas adecuadas
 - Cinta métrica

Una vez recibido el bebé, hay que comprobar que respira que está lo suficientemente estable, y darle los cuidados básicos en la Sala de Neonatología.

ESTANCIA JUNTO A LOS PADRES

El binomio padres y médicos debe rodearse de un ambiente propicio para el neonato. Sin duda alguna, el profesional de la Enfermería es el que más tiempo permanece al lado del neonato, es este profesional el que debe de poner los medios para favorecer el contacto neonato-padres y favorecer el contacto directo con los padres.

UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

La neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo.

Proviene etimológicamente de la raíz latina "natos" que significa nacer y "logos" que significa tratado o estudio, es decir el "estudio del recién nacido".

Uno de los cambios más destacados en la Neonatología ha sido la atención intensiva para el recién nacido prematuro y la vigilancia estrecha de los problemas respiratorios, junto al uso de la ventilación mecánica.

Los servicios de neonatología fundamentalmente deberían de estar compuestos de:

- Personal médico:
 - Neonatólogos
 - Pediatras
 - Especialistas en Nutrición y Dietética
- Personal de Enfermería:
 - Enfermeras clínicas
 - Enfermeras especialistas en Neonatología
 - Enfermeras tituladas
 - Auxiliares de Enfermería
- Personal de apoyo:
 - Psicólogos
 - Farmacéuticos
 - Terapistas respiratorios: Esta función se les asigna a la Enfermería
 - Técnicos en electromedicina
 - Técnicos en Nutrición y Dietética
- Personal subalterno:
 - Celadores
 - Limpiadoras
 - Personal de mantenimiento: Electricistas, mecánicos, fontaneros, albañiles, etc.

UBICACIÓN

La ubicación del servicio de Neonatología tiene que cumplir los siguientes requisitos básicos:

- Estar integrado en el servicio de Pediatría
- Estar lo más próximo al área de obstetricia
- Tener luz exterior
- Tener un sistema de ventilación adecuado
- Tener un sistema de climatización adecuado
- Estar integrado en:
 - Sala Neonatal
 - Prematuros
 - Maduros
 - Sala de Intensivos
 - Sala de Lactancia
 - Sala de visitas
 - Sala de Servicio: Almacenes, estar de Enfermería, despechos, pasillos, lencería, etc.

APARATOS

- **CUNAS:** La cuna se elige según el tiempo del bebé, el espacio que se tenga y según el concepto de adaptación al ambiente.
- **INCUBADORAS:** Son unas camas cerradas con fuente de calor húmedo, tienen que cumplir unas cualidades dependiendo del paciente al que se aloje, habitualmente neonatos de menos de 2.2 Kg. al nacer.
- **CUNAS TÉRMICAS:** Son sistemas para calentar al neonato a través de calor radiante, habitualmente se utilizan para facilitar el abordaje directo al neonato. Permite una atención más inmediata.

- **MONITORES**: Son sistemas que permiten controlar las constantes vitales, son aparatos eléctricos.
- **RESPIRADORES**: Son máquinas que intentan suplir la función mecánica del pulmón, simplemente introduce aire en los pulmones de manera intermitente.

TERAPIA INTENSIVA

Se considera que los pacientes que están en este tipo de unidades, son pacientes que por su estado clínico pueden tener o tienen una eventualidad que puede desencadenar un estado crítico para el paciente, entendiendo como estado crítico, aquel que por evolución clínica pudiese alterar gravemente una o más de las constantes vitales, ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, presión arterial y temperatura. Dependiendo de que se haya establecido el cuadro de estado crítico o no, podemos dividir estas unidades en:

- **VIGILANCIA INTENSIVA**: Se controlan las constantes vitales de manera continua para el control de una patología con fines diagnósticos o pronósticos, estas unidades deben de estar dotadas de monitores para el control de las constantes vitales.
- **CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**: Estas unidades están compuestas por monitorización y aparatos específicos para suplir las distintas constantes vitales
En las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales los pacientes habitualmente suelen estar conectados a ventiladores supliendo la función mecánica del pulmón, ya que debido a las características de los neonatos la función mecánica pulmonar es una función que se altera con mucha frecuencia. En muchas ocasiones estas unidades están juntas físicamente.

5.5. Instalaciones Sanitarias e Hidráulicas

RED DE AGUA POTABLE FRÍA

El Reglamento Nacional de Construcción establece que la dotación diaria de agua fría en Hospitales, Clínicas y Centros de Salud debe ser de 600 l/d por cama. Como el hospital tiene 135 camas, entonces la dotación diaria será de 81 000 litros.

El Reglamento Nacional de Construcción establece que toda edificación ubicada en sectores donde el abastecimiento de agua pública no sea continuo o carezca de presión suficiente, deberá estar provisto de depósitos de almacenamiento.

También se establece que en proyectos de salud esta cisterna debe tener capacidad para almacenar 1 dotación diaria, sin embargo por lo perjudicial que puede ser para un proyecto de esta envergadura la falta de agua potable, se ha establecido que la cisterna del hospital va a tener la capacidad de almacenar dos dotaciones diarias, es decir 162 m^3 .

Por otro lado, el agua con que se abastece el hospital debe estar dentro de los límites aceptados de salubridad para considerarla potable. El contenido de sales de calcio y magnesio que producen la dureza de agua no debe pasar de 40 a 50mg/litro de CaCO_3 . El agua destinada a las calderas reducirá la dureza a valores inferiores a 5mg/litro.

El equipo de ablandamiento que es el más usado en establecimientos de Salud, opera por intercambio de iones en tanques cerrados operados a presión. Se recomienda que al agua de consumo se le aplique cloro para asegurar su pureza bacteriológica.

ALMACENAMIENTO:

Para satisfacer las demandas máximas de agua en el hospital y tener reserva para el caso de interrupciones de alimentación, es necesario construir un tanque de almacenamiento.

Si el agua es tratada para su potabilización, se construirán dos almacenamientos uno para el agua no tratada (cruda), la cual se usará para los servicios de protección contra incendio y riego de jardines, y otro para el agua tratada para el consumo interno del hospital.

RED DE AGUA POTABLE CALIENTE

El RNC establece que la dotación diaria de agua caliente en Hospitales, Clínicas y Centros de Salud debe ser de 250 l/d por cama. En este caso la dotación diaria es 33 750 litros.

Se calentará el agua con un calentador a gas para los dos tanques de almacenamiento ubicados en el cuarto de máquinas, de esta manera se abastecerá a los diferentes servicios.

La relación de capacidad del almacenamiento en correspondencia con la dotación diaria en litros es de 2/5, es decir que se contará con siete tanques de almacenamiento de 2 m³ cada uno, con sus respectivos calderos, ubicados también en el cuarto de máquinas.

EQUIPO DE BOMBEO

El hospital tendrá un adecuado sistema de bombeo a presión para distribuir al agua de la cisterna del agua tratada y del tanque de agua caliente.

RED CONTRA INCENDIO

El agua para el servicio contra incendios se tomará del depósito de agua sin tratar y se tendrá un almacenamiento para este servicio que no pueda usarse para ningún otro. Tendrá la función de abastecer los roceadores, las mangueras y a los bomberos en un momento de emergencia.

AGUA PARA RIEGO

En este proyecto se está optando por la utilización del riego tecnificado. Este sistema tiene la ventaja de ahorrar entre un 40% a 60 % de agua, lo que permitiría que el agua llegue a las plantas en la cantidad necesaria.

El riego tecnificado consiste en transportar el agua por tuberías de policloruro de vinilo (PVC) distribuidas en tuberías de conducción y de distribución de riego lateral. En éstas últimas se utilizan tuberías de PVC perforadas con orificios de 1mm de diámetro. Se utilizará el agua de riego de la zona y el agua depurada de los desagües del hospital y las casas aledañas. Esta agua será potencializada con los nutrientes obtenidos en el tratamiento de aguas.

DESAGÜE DE AGUAS PLUVIALES

El agua de las lluvias proveniente de los techos, patios, azoteas y áreas expuestas se conectará a la red de desagüe de las aguas servidas, de esta manera ayudarán también al riego de los jardines del hospital.

DESAGÜES DE AGUAS SERVIDAS

Se usarán, luego de un tratamiento de depuración para el riego de los jardines.

VAPOR

El uso de vapor en este tipo de edificaciones era abundante, sin embargo con la utilización del gas y la maquinaria moderna, éste ya no es tan necesario. Es por eso que el hospital contará con un caldero de 20HP que abastecerá algunos de los equipos de la cocina.

GAS COMBUSTIBLE

Se usará gas combustible para la mayoría de los equipos del hospital como los calentadores de agua, el grupo electrógeno, los equipos de la cocina, etc. El almacenamiento del GLP se hará en un tanque de 2 m³ ubicado en el techo de la edificación.

OXÍGENO

El suministro del oxígeno a los hospitales depende de la demanda que éste tenga. Puede ser de tres formas. La primera son los cilindros capaces por su peso de ser transportados por una persona. Estos se ubican en el mismo espacio que van a ser utilizados como los cuartos de hospitalización. La segunda son las baterías de cilindros que se disponen en un lugar fijo del hospital para su almacenamiento por su alta rotación de uso. La tercera forma

consiste en disponer de un tanque o depósito estacionario de dimensiones considerables.

Las dos últimas abastecen al hospital mediante tuberías. En este proyecto se utilizará la segunda forma de suministro, las baterías de cilindro tipo Manifold.

UBICACIÓN DE LAS TOMAS DE OXÍGENO

De acuerdo al uso del oxígeno estas se ubican en:

Hospitalización	100%	135 camas
Unidad de Cuidados Intensivos	100%	18 camas
Emergencia	100%	19 camas
Centro Quirúrgico	100%	13 camas
Laboratorio	1 por cada flamómetro	6 flamómetro
Rayos X	1 por cada sala	1 sala
Tomografía	1 por cada sala	1 sala
Ecografía	1 por cada sala	1 sala
Post-parto	100%	4 camas
Sala de Operaciones	1 O ₂ + 2Succ/sala	4 O ₂ + 8 succ.
Sala de Expulsión	2 O ₂ + 2Succ/sala	8 O ₂ + 8 succ
Sala de Cirug. Obstétrica	2 O ₂ + 2Succ/sala	8 O ₂ + 8 succ
Sala de Dilatación	100%	4 camas
Neonatología	100%	30 cunas

Este hospital cuenta con 135 camas y varios ambientes en los que se necesita dotación de oxígeno permanente lo que nos lleva a establecer un total de 250 tomas.

Es difícil establecer el consumo de oxígeno de un centro de salud, ya que esto depende directamente de la necesidad de los pacientes a los que se está tratando, sin embargo, se ha establecido que un cilindro de oxígeno abastece a 14 tomas diarias aproximadamente. Con esto se llega a la conclusión que el hospital necesitará de 18 cilindros diarios para abastecer la demanda existente.

ALMACENAMIENTO

Es necesario tener suficiente espacio para almacenar cilindros de oxígeno para abastecer por 15 días al hospital antes de ser repuestos, es decir, se necesitará albergar 270 cilindros de oxígeno divididos en dos espacios: uno es la central de oxígeno, de la cual saldrán las tuberías para abastecer al hospital; esta tendrá espacio suficiente para almacenar los cilindros a utilizar en tres días, es decir 3 baterías de 18 cilindros cada una, es decir 55 cilindros. El otro espacio contará con un área de almacenamiento de emergencia que contendrá los 215 cilindros restantes.

ÓXIDO NITROSO

El óxido nitroso se utiliza en los quirófanos, combinado con otras sustancias como anestésico.

UBICACIÓN DEL ÓXIDO NITROSO

Quirófanos	100%	4 camas
------------	------	---------

El consumo de óxido nitroso es aún más difícil de establecer que el oxígeno, pero se ha llegado a la conclusión que se utiliza alrededor de 3 balones por sala de operaciones por semana.

ALMACENAMIENTO

La central de óxido nitroso se ubicará en el mismo centro quirúrgico, de tal manera que este mas vigilada por ser una droga lo que ahí se almacena.

AIRE COMPRIMIDO

El aire comprimido se emplea en los hospitales para accionar motores neumáticos en sala de operaciones, aparatos de respiración artificial y talleres de reparación. Además se utiliza en odontología, para lo cual el compresor debe ser libre de aceite.

VACÍO O SUCCIÓN

En laboratorios y en la atención médica, más aún en pediatría es muy frecuente el uso de aparatos de succión de flemas y otras secreciones orgánicas. Por tal razón, se esta instalando un sistema de succión que recoge los desechos antes mencionados en frascos, luego el aire continúa por una tubería hasta llegar al aparato de succión que lo expelle hacia el exterior.

5.6 Instalaciones Eléctricas

SUB ESTACIÓN

Cálculo de la Potencia Instalada (P.I.)

Alumbrado	20w/m"
Tomacorrientes	7w/m"
Aire Acondicionado	<u>42w/m"</u>
	69w/m" x 22 519.20 m" = 1553 824.80 = 1554Kw
Ascensores	72Kw (9 ascensores)
Bombas	20Kw
Cocina	30Kw
Rayos X	28Kw
Fías	<u>48Kw</u>
	198Kw

$$\begin{aligned}
 P.I. &= 1554Kw + 198Kw \\
 &= \mathbf{1752 Kw} \\
 &(\% \text{ factor de diversidad} = 0.45)
 \end{aligned}$$

$$M.D. = \mathbf{788.4Kw}$$

Como M.D. es mayor a 100Kw entonces será necesario instalar una sub-estación.

Cálculo de la Sub-estación

$$\frac{M.D.(Kw)}{\text{Factor de potencia}} = \text{Potencia (Kva)}$$

$$\frac{788.4Kw}{0.8} = Kva$$

$$Kva = 986$$

Para abastecer la demanda es necesario contar con cuatro transformadores de 250Kva.

TABLERO GENERAL

Se necesitará un área para ubicar los tableros de IG (intensidad general), Y (dualidad), GE (grupo electrógeno) y para los distintos sectores.

6. Conclusiones

La ubicación del Hospital Especializado Materno Infantil es en el distrito de San Juan de Miraflores, dentro de la jurisdicción del Hospital María Auxiliadora, en el área destinada para futuras ampliaciones y con una zonificación de H3 que corresponde a hospitales. De manera, que el proyecto se convierte en un nexo a dicho hospital.

El hospital abarcará un promedio de 135 camas, teniendo como núcleo principal y elemento articulador del proyecto, a la Unidad de Centro Obstétrico y la Unidad de Neonatología sobre los cuales girarán las demás unidades.

El tema de asepsia en este hospital se tendrá en claro, mediante las circulaciones independientes para las visitas, los pacientes, el personal médico, de servicio y proveedores. Los espacios tendrán que adaptarse a las necesidades de los usuarios y a los requerimientos técnicos y tecnológicos.

El proyecto del Hospital Especializado Materno Infantil, será un hospital más humano en donde el usuario madre y niño se sientan cómodos y les provoque ir sin ningún tipo de temor. Esto se logrará con un programa pensado para la familia, la madre, los niños, el personal.

El simbolismo de la maternidad para la población del distrito y la caracterización del usuario, se verán reflejados en la arquitectura de manera de remarcar la comunicación mediante un lenguaje arquitectónico propio para cada usuario, de manera que logre identificarse con él.

Capítulo 10

EL COLOR

1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN

Los colores han acompañado siempre al ser humano, desde muchos milenios, en sus diferentes épocas y culturas. Desde el hombre prehistórico que ilustraba sus cavernas representando escenas de caza en matices rojos y ocre, las diversas culturas han mostrado un vivo interés por los colores, a los que han atribuido simbologías más o menos coincidentes.

En tribus más primitivas, tatuajes y maquillajes de diversos colores han constituido una constante, si bien usados principalmente por los líderes para distinguirse del resto del pueblo. Los pigmentos que utilizaban eran extraídos de algunas plantas o de la tierra.

La influencia cromática fue conocida ya en el antiguo Egipto, en el cual los sacerdotes de Thot, dios de la sabiduría, ejercían la curación mediante colores. Fue una época de esplendor en el uso de colores, como el lápiz lázuli, verde malaquita y rojo púrpura.

En la corte de Francia, en la época de los "Luis", los nobles, además de vestir diferente para distinguirse de la gente común, iban maquillados con la tez blanca, con polvos de arroz, párpados azules, labios rojos y un lunar tafetán.

Con la misma finalidad de realzar su personalidad, ya sea por el poder personal o por la fuerza del grupo, hoy se utilizan los uniformes de diversos colores y se procura la distinción. Se dice que "el hábito no hace al monje"... pero lo ayuda.

Para numerosas comunidades religiosas, el color de los uniformes es simbólico: el blanco, por la pureza; el negro, por la austeridad; el carmín, por la dignidad. Todo color situado al lado de otro, ya contraste o se armonice con él, se ve transformado de manera increíble.

Cromoterapia China

Según la antigua sabiduría china, la Naturaleza está constituida por cinco tendencias, representadas por otros tantos materiales que, cumpliendo un ciclo siempre renovado, dan lugar a todo lo que existe. Estos cinco elementos son los siguientes:

- El fuego, que engendra la tierra.
- La tierra, que engendra el metal.
- El metal, que engendra el agua.
- El agua, que engendra la madera.
- La madera, que engendra el fuego.

A cada uno de estos elementos se les atribuye un color relacionado con las estaciones, factores ambientales, crecimiento y desarrollo, sabores, orientación cardinal.

Los colores tienen diversos efectos en la estimulación de los puntos de acupuntura.

Los alquimistas estaban principalmente interesados en el desarrollo de la "psique" y daban a los colores un significado relacionado con las etapas de la vida, cuya evolución la representaban en forma de cruz.

Partiendo del "nigredo" (negro), símbolo de la oscura materia, de la nada, la vida se inicia con el "albedo" (blanco), símbolo de la inocencia; pasaban el "citrinitas" (amarillo), símbolo de la adolescencia y de las ilusiones; luego el "rubedo" (rojo), símbolo de la juventud y de la acción, para alcanzar finalmente el "coeruleus" (azul), símbolo de la madurez y la contemplación.

En el siglo XIV, Guillaume de Digulleville, poeta francés, tuvo una visión en la que un ángel le explica: "Hay tres colores principales, verde, rojo y dorado; están juntos en diversos trabajos de seda tornasolada y en las plumas de muchos animales, como el pavo real, se atribuye al Dios Padre; el rojo, al Dios Hijo, porque Él derramó su sangre; y el verde, al Espíritu Santo, color que reverdece y conforta".

Ya desde la época gótica, la iglesia se sintió atraída por los colores más vistosos. Los ventanales de las catedrales constituyeron una verdadera sinfonía de colores. La influencia de la luz de diversos colores filtrada por las vidrieras e iluminando a los feligreses no puede ser desdeñada.

A partir de la influencia de la Reforma, se vuelve la mirada hacia el Clasicismo, con una desvalorización del rol del color. En la mitad del siglo XVIII se producen los primeros descubrimientos arqueológicos que revelan el uso intenso del color en la arquitectura clásica. Ello modifica las tendencias de la época, lo que se traduce en dos corrientes: una que incluye el uso del color en la arquitectura, y otra que se resiste, centrando su postura en el acromatismo.

Policromía arquitectónica: posturas teóricas de los siglos XIX y XX

El lenguaje arquitectónico tiene en el color a uno de sus principales componentes. No sólo como aporte estético que despierta nuestras fibras emocionales más íntimas sino también cumpliendo otros importantes roles, tales como la transformación de espacios de difícil legibilidad en lugares armónicos y la identificación de áreas determinadas.

El siglo XX tiene en Gaudí al arquitecto precursor del resurgimiento del color, natural para un sitio como Barcelona. En la postguerra, se libra una ferviente batalla a favor del uso del color, según Bruno Taut, "como medio de liberación de la arquitectura de la camisa de fuerza del gris sucio". También los movimientos pictóricos de vanguardia de este período influyen en gran medida en la arquitectura, destacándose el uso de los colores primarios, gris y negro del Neoplasticismo.

En contraposición, el espíritu Nouveau de Le Corbusier revaloriza el blanco de cal en una especie de "color tipo". La Bauhaus, en cambio, mantiene los grises dominantes de las nuevas tecnologías. De esta manera, el mito de lo nuevo, el arte como cambio y novedad, se constituye el punto de partida para un inmenso panorama de continuaciones, revisiones, evoluciones y críticas que se sucederían hasta los setenta.

Entrando ya en los sesenta, la arquitectura moderna sufre serias críticas en cuanto a la pérdida de su capacidad connotativa, considerándola demasiado anónima, repetitiva, abstracta y técnica. Para superar esta situación, deberá recurrir a la historia, al símbolo y la metáfora. De esta manera la arquitectura de los setenta y los ochenta, denominada postmoderna, tuvo como protagonista a la fachada, en una suerte de "edificio-anuncio" transmisor de mensajes. Los colores primarios son sustituidos por las cuatricromías de los comics, entre otros de los recursos expresivos del pop art.

El Hoy, se caracteriza por la multiplicidad de experiencias, de convivencia de posturas estéticas disímiles que abarcan un amplio espectro, desde la revalorización del purismo moderno pero con connotaciones regionalistas hasta las distorsiones deconstructivistas, cada una con su coherente y particular uso del color.

1.1 Colores y Personalidad

Las investigaciones sobre la física, la bioquímica y la psicología de los colores han revelado fenómenos muy interesantes. El órgano de la visión no es el único sistema que percibe variaciones luminosas cromáticas, debe existir otro aparato receptor situado en la piel, en cierto modo semejante al de algunos seres inferiores.

Los ciegos detectan las vibraciones de la luz mejor de quienes disfrutan de buena vista, lo que hace suponer que tales vibraciones actúan no solo sobre la sensibilidad, el ritmo respiratorio y la presión sanguínea. La Psicología experimental atribuye a los colores el siguiente simbolismo:



Omar Biscotti

- **BLANCO:** Síntesis de todos los colores, perfección, pureza, verdad, inocencia, gloria, integridad, firmeza, obediencia, elocuencia, iniciación, perdón. En sentido negativo representa frialdad, poca vitalidad, vacío, ausencia. Color que da luminosidad y favorece la integración de cosas muy diversas.
- **VIOLETA:** Significa humildad, retiro, recogimiento, religiosidad, tolerancia, intuición, sabiduría, temperancia, nostalgia, melancolía, conformismo, soledad.

Color de los arrepentidos, penitentes, deprimidos, de débil vitalidad. El ultravioleta, significa misticismo y desenvolvimiento de facultades parapsíquicas.

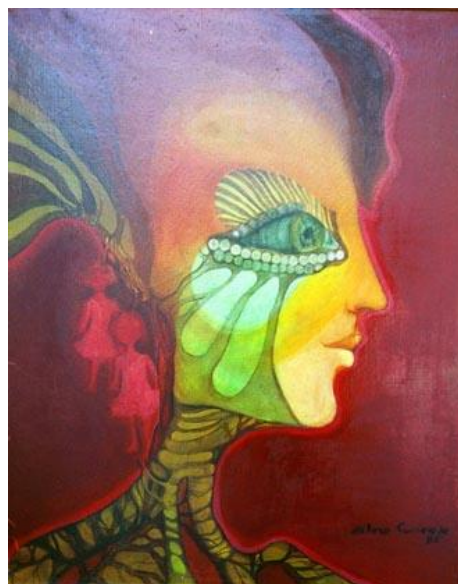
- **ESCARLATA:** Abarca matices como carmín, carmesí, escarlata y púrpura. Significa grandeza, dignidad, sabiduría, indignación, dogmatismo, egoísmo.
- **ROJO:** cálido, estimula y dinamiza. Significa fortaleza, amor, sacrificio, audacia, optimismo, victoria, también sangre, fuego, agresividad, pasiones violentas.
- **NARANJA:** color generoso y punto de equilibrio entre el libido y el espíritu. Significa confianza, vigor, estímulo vital, tentación lujuriosa, orgullo, ambición.
- **AMARILLO:** Color del sol y del oro, significa luz, inteligencia, constancia, nobleza, también envidia, avaricia, hipocresía.
- **VERDE:** Color de la Naturaleza en primavera. Significa esperanza, fe, respeto, servicio, amistad, también angustia y ansiedad.
- **AZUL:** frío e inmaterial. Color del infinito, del cielo y del mar, significa fidelidad, justicia, verdad, caridad, también miedo, desvarío.
- **GRIS:** Color del plomo, del tiempo lluvioso, de las rocas.
- **NEGRO:** Negación de todos los colores, simboliza la noche, la nada, el abismo, las tinieblas. Significa rigor, prudencia, honestidad, seriedad, elegancia. Pero también tristeza, luto, inconsciencia, odio.

1.2 Los colores como tratamiento

“.... el color es sensación pero sobre todo luz....”

Es innegable que el entorno donde se vive, del que los colores forman parte integrante, actúa sobre la calidad de vida. De ahí la conveniencia de aprovechar las reglas de la Cromoterapia para contribuir también en el aspecto ambiental a la necesaria armonía.

Mucho antes que la ciencia reconociera la influencia que ejercen sobre los cuerpos los rayos ultravioleta e infrarrojos, hubo terapeutas que trataron a sus pacientes con la ayuda de los colores. Decía Hipócrates, "el ser humano debe armonizar espíritu y cuerpo". Hoy, algunos adeptos a la Medicina Natural, los cromoterapeutas, siguen este precepto procurando devolver a sus pacientes el equilibrio alterado.



"VANIDAD"
Alma Correale

Para ello, utilizan la Cromoterapia, método suave y aún empírico, que es como si pulsaran las diversas "cuerdas" del arco iris, según sea el caso.

En el límite de lo psicológico y lo fisiológico, se sabe que el color azul induce a la relajación y al reposo; el verde, a la calma y al equilibrio; el rojo, al trabajo y a la acción. Diversas observaciones permiten llegar a la conclusión de que los colores pueden jugar un papel importante en el dominio de la salud y la enfermedad.

En lo que respecta a las habitaciones, algo en tener en cuenta es la personalidad de quienes vayan a utilizarlas. Si se trata de personas nerviosas o irritables, deberá darse preferencia a matices pálidos y colores calmantes. Si por el contrario son personas indolentes y melancólicas, un rojo o colores brillantes podrá animar su espíritu.

Otro hecho conocido es que la luz solar es un agente terapéutico, un bactericida de primer orden y que las superficies iluminadas con sus rayos son rápidamente liberadas de los microbios que podrían contener.

No se debe tomar un color considerándolo aisladamente, sino estudiando la intensidad que adquirirá según tenga que ir junto a una u otra tonalidad.

No todas las habitaciones admiten el mismo tono de color. Ello depende de la orientación y del uso que se vaya a hacer de las mismas.

Es así mismo de gran interés tener en cuenta, al elegir los colores que se han de combinar, los cambios de intensidad de luz que se producirán en cada habitación, pues según la intensidad de luz cambiará el color. No es lo mismo que la iluminación sea natural o artificial, por lo que variaran los colores según la clase de foco que los ilumine.

Cromoterapia Médica

El dolor es el síntoma por el que muchos individuos acuden al médico. A menudo, los fármacos recetados por la medicina tradicional no son lo suficientemente satisfactorios. Por ello, acuden a la medicina y las terapias alternativas. La cromoterapia, por ejemplo, puede ser una de las mejores opciones.

Desde el punto de vista médico, tres colores son eficaces en el tratamiento de enfermedades crónicas: rojo, azul y amarillo.

- El “**rojo**”, color cálido, debe ser utilizado cuando hay atonía del organismo; es excitante y estimula la circulación sanguínea. Puede ser empleado para activar el

aparato digestivo y contra la depresión nerviosa, hipocondría, melancolía, neurastenia y parálisis parciales o totales.

- El “**amarillo y el naranja**”, alegres y vitales, igualmente estimulantes, eficaces. Se utilizan en problemas de hígado, intestino, asma, bronquitis crónica, estreñimiento, hemorroides, gota y reumatismo crónico.
- El “**verde**”, color analgésico, se puede utilizar para calmar todo tipo de dolores y neuralgias. Ayuda a la hipertensión, la gripe, y las inflamaciones genitales. Logra efectos en ciertas psicopatías, como en la forunculosis, la incontinencia de orina, la sífilis y el cáncer.
- El “**azul**”, refrigerante, sedante, antibiótico y astringente. Empleado en los estados febriles e inflamaciones producidas por gérmenes: sinusitis, laringitis, amigdalitis, así como para insomnios, terrores nocturnos, neuralgias, cefaleas, disentería y cólera.
- El “**violeta**”, tiene las mismas indicaciones que el azul. Eficaz contra la anemia.
- El “**púrpura**”, su principal acción es sobre los riñones y pulmones.
- El “**índigo**”, mezcla de azul y rojo. Indicado en problemas respiratorios. Se recomienda en la neumonía, bronquitis con tos seca, asma y dispepsia crónica.
- El “**ultra-violeta**”, con propiedades anti-microbianas. Utilizado para la esterilización de algunos alimentos y del agua. Puede ser útil en hiperexcitabilidad nerviosa.

Otro punto a considerar es el de la intensidad de la fuente luminosa, al mismo tiempo que el color, y esto es importante en el tratamiento de los tumores. El azul es el que posee mayor poder de inhibición. En la oscuridad, aplicando luz azul, los tejidos normales se desarrollan, mientras que los tejidos neoplásicos dejan de desarrollarse.

2. EL COLOR EN LA ARQUITECTURA

Los colores juegan un papel en el curso de una vida, cada color tiene importancia y los colores en su conjunto ayudan para asegurar una vida normal, por ello el estímulo creado por un color específico responde al organismo entero.

La ambientación de los lugares de trabajo debe responder a normas que van mas allá de lo decorativo, se debe proporcionar un ámbito que dé al trabajador una sensación de calma, que facilite su concentración y estimule su eficiencia y rendimiento.

Para conseguir situaciones óptimas deben considerarse la calidad de la luz (natural o artificial) y la reflexión que esta otorga a las superficies coloreadas evitando así los efectos de deslumbramiento.

La ausencia de colores contrastantes fatiga la vista al poco tiempo y hay que neutralizar esta posibilidad de cansancio, considerando que no se produzcan contrastes duros en el campo visual del trabajador con lo que disminuyen sus posibilidades de visión.

La temperatura del ambiente debe contrastarse para hacer mas confortable psicológicamente el lugar de trabajo, por lo tanto, si la misma es elevada debe optarse por los colores fríos, y elegirse tonalidades cálidas si se trata de temperaturas bajas. A su vez, las dimensiones del lugar pueden aumentar o disminuir visualmente con el empleo del color.

Cuando los ocupantes de una pieza son temperamentales o nerviosos, deben seleccionarse aquellos esquemas en los que tengan predominio la cualidad fría, y si por lo contrario, son muy sensitivos e introvertidos, serán los colores cálidos y estimulantes.

Los colores puros son siempre insoportables; un azul intenso es deprimente, un amarillo puro agobia y un rojo brillante crea la máxima excitación. Los suaves verdes, rosas,

marfiles, cremas, oros, que sean claros y neutros producirán una sensación fresca y crearán más el ambiente propio para la estabilidad emotiva.

El concepto del color ya no se considera como un simple valor estético o decorativo, sino como un medio para obtener los mejores resultados funcionales y de ambiente en un bien acordado ajuste con la luz, con los materiales y con las líneas.

EXTERIORES ARQUITECTÓNICOS

El arquitecto se interesa más por los problemas que le plantea la forma que por los del color, y se resiste a admitir que es éste último el que anima y destaca la construcción, el que crea un interés y requiere la respuesta emotiva del espectador.

En los exteriores y fachadas es inconveniente la utilización de colores puros, estos tienen un carácter de ingenuidad primitiva y son ofensivos para la sensibilidad.

Los colores deben estar en relación con el ambiente, con la forma, con la región o localización del edificio y también con las cualidades estructurales y la sensación de peso, espacio, y distancia; el color rompe toda impresión de monotonía. Los colores vivos, deben ser utilizados en superficies de pequeñas dimensiones y serán armonizados con los otros colores y tonos del conjunto.

El uso del color en la arquitectura de exterior no puede ser orientado por el deseo de crear una reacción psicológica impresionante, debe ser ajustado a las cualidades de la forma, la que se quiera obtener, a las cualidades de uso o destino de la edificación y a la atmósfera climática local. Al escoger un esquema lo primero en considerar es la procedencia de la luz.

2.1 Hospitales Y Clínicas

“.....El color habrá de ser usado siempre con conocimiento, para favorecer la recuperación de los pacientes y también para facilitar las tareas del personal.....”

Éstas instituciones han sido pintadas tradicionalmente y se siguen pintando, con un blanco deslumbrante, porque así se entiende que son mejor satisfechos los requerimientos higiénicos. En el hospital o clínica moderna ya no se usa el blanco, porque produce una sensación deprimente y yerta. Son utilizados los colores, porque ejercen sobre el paciente una acción de terapia y por sus efectos en el confort visual.

El color es el medio que sirve para crear, tanto en enfermos y visitantes, como en el personal clínico, un efecto psicológico.

En su elección debe intervenir una razón de función, ya que en unas partes o sectores habrán de actuar de manera estimulante y alegre y en otras deben servir para calmar y manifestarse discretamente. Los colores serán escogidos conociendo sus propiedades terapéuticas, considerando sus potencias psicológicas y fisiológicas y tratando de evitar esa impresión severa y fría que es característica en las instituciones antiguas.

Las salas de espera o visita pueden ser tratadas con variedad, aunque sin excesos en el color. Los pasillos y escaleras algo oscuros tienen que ser pintados con colores claros y luminosos para que reflejen la luz y la iluminación se intensifique.

En las habitaciones, las paredes se resuelven con matices suaves y agrisados que crean un ambiente refrescante, serán utilizados los tonos verdes, verdes-azules, porque estos ayudan a calmar el nerviosismo y la angustia.

Los techos no deben ser blancos, porque para los pacientes que están muchas horas o días mirando aquellos, el blanco es deprimente y deslumbrante; su color debe ser en el mismo color que la pared, aunque en una tonalidad más clara.

Los quirófanos no serán pintados de blanco ni tampoco deberán estar revestidos en azulejos por el brillo molesto y deslumbrante, que trastorna la función ocular.

En las clínicas modernas, tanto las paredes y superficies como el indumento de los operadores y personal ayudante, son verde-azul claro, porque es el color complementario de la sangre y al quedar suprimido el fenómeno del contraste sucesivo descansa la visión del operador y de sus colaboradores cuando apartan la mirada del área de trabajo.

Las piezas destinadas a fisioterapia, masajes y radioterapia habrán de ser pintadas con colores fríos, refrescantes y tranquilos, pero las de recuperación de miembros y ortopedia requerirán colores estimulantes.

Las salas o habitaciones de pediatría deben complementarse con dibujos en colores brillantes y alegres para recrear la imaginación de los niños en su forzada pasividad.

Las oficinas, laboratorios y cocinas son resueltos con el color adecuado a la luz que reciban, ya sean de iluminación natural intensa o de luz débil.

Los lavaderos o piezas de esterilización es conveniente que sean blancos, para que así se estimulen la limpieza y el orden. En los casos de centros hospitalarios maternos, se ha observado que los nacidos prematuros prosperan de manera más satisfactoria cuando son mantenidos en una incubadora iluminada con color rojo-morado, es decir, el color del medio prenatal.

3. Conclusiones

El color es un elemento muy usado en el proyecto ya sea en elementos de composición como columnas o en paredes y vidrios por medio de adhesivos vinílicos o trabajos de murales.

Las habitaciones han sido diseñadas con el fin de que el niño y la madre no sientan la ausencia familiar si ese fuera el caso. El color no sólo es usado como elemento de distracción y de decoración sino también tiene un papel importante en la recuperación de los pacientes. Además, que llama mucho la atención de los niños motivando su acercamiento al hospital, convirtiéndose en un lugar amigable y familiar para ellos.

CAPÍTULO 11

EL PAISAJE

“...el paisaje es uno de los elementos estructurales de la ciudad, y hacer paisaje en la ciudad equivale a hacer ciudad...”

El paisaje se construye, además de pintarlo o estudiarlo científicamente. El paisaje es, y ha sido desde siempre, el resultado del hombre que lo construye y de unos componentes estructurales como son la historia, la cultura y el espacio físico.

Las consideraciones paisajísticas parecen más directas en el medio natural que en la ciudad. El paisaje y el medio ambiente constituyen una doble posibilidad para la ciudad: un sentido estético o bien un carácter saludable.⁹²

1. Principios de la Arquitectura Paisajística

⁹² “La Planificación verde en las ciudades” Salvador Palomo, Pedro. Edit. Gustavo Gili. Barcelona

Es necesario tener en cuenta algunos principios básicos, ya que el diseño está basado en el espectador. El foco o punto visual, es el punto desde el cual el espectador aprecia el espacio. A medida que se presenten en una composición diversos frentes o planos, ésta se tornará más interesante y animada, ya que originará que el espectador gire sobre un mismo punto, o avance en un determinado sentido, logrando efectos de sorpresa y ritmo en los recorridos. El campo visual del espectador está comprendido dentro del cono visual, que puede ser limitado o ilimitado. Sobre el cono visual se encuentra el elemento principal de la composición, al que se integran otros complementarios. Se debe tener en cuenta que los elementos complementarios de la composición, no afecten la visión del foco hacia los elementos principales, ya sea por su altura o por otra causa.

Los elementos de que servirán de fondo, son aquellos que están ubicados detrás del foco principal. Debe considerarse el uso del primer plano y el plano de fondo, para establecer distancias y limitaciones en la composición.

Algunos elementos básicos para la realización de una composición son:

- La volumetría y las alturas de los elementos
- El ritmo
- La iluminación natural o artificial
- El carácter
- La silueta
- La transparencia
- La armonía o composición de los elementos entre sí
- La sorpresa en los recorridos
- El contraste
- El color
- Las fugas visuales

- La textura
- Los remates
- La intimidad en ciertos ambientes

2. El Lugar

El propósito del diseño depende de las limitaciones del lugar. El lugar siempre será el mismo, el proyecto es el que será diferente y que tendrá que adaptarse al lugar.

El lugar es sagrado, es eterno, guarda historia y riqueza. El lugar está compuesto de muchos elementos como son los que están sobre la tierra, en ella o debajo de ella y todos ellos a su vez están relacionados. El análisis del lugar revelan potencialidades ocultas en donde el diseño puede contribuir a aclararlas y a darles un carácter, crear nuevas conexiones y desarrollar profundos significados.

En este proyecto, el lugar será un elemento importante por el simbolismo de la maternidad de una población emigrante de la sierra peruana, que tienen en la tierra su principal protagonista.

2.1 El Paisaje en zonas hospitalarias

La ubicación de un hospital o de un centro de salud, debe tener en cuenta al entorno en el que se inserta, las modificaciones de tráfico que ocasionará, el perfil arquitectónico que pudiera ser alterado. Los conflictos surgen por la complejidad del proyecto y por la alta densidad de usuarios que acuden a él, en el tráfico interno. El planteamiento típico empaqueta las unidades unas cerca de otras o los desarrolla de manera vertical.

Al igual que las circulaciones verticales son agrupadas en bloques que se repiten cada cierto tramo según el diseño. La circulación en los hospitales es variada, cada tipología tiene sus propios requerimientos para personal médico, pacientes, servicios, emergencias, visitas. Estos deben estar separados y hasta escondidos unos de otros. Tanto el personal médico como las ambulancias necesitan sus propios estacionamientos.⁹³

3. **Conclusiones**

El paisajismo no sólo tiene que ver con las áreas verdes de un lugar, sino también con la planificación de espacios y edificios, de manera que no rompan ni se conviertan en un obstáculo para el entorno. En el caso de los hospitales, el planeamiento para la ubicación de estos debe ser pensado para los usuarios como para la población aledaña, teniendo en cuenta los accesos, las alturas, las actividades complementarias que se originarán, etc.

Sin embargo, el “planeamiento verde” tiene igual importancia, ya que se convierte en el pulmón del proyecto, en beneficio del usuario madre – niño, donde se necesita una recuperación física y emocional. En Lima Metropolitana, los hospitales no cuentan con este planeamiento de manera que se convierten en bloques herméticos que alejan a la población.

En el caso del Hospital Especializado Materno Infantil, esta concepción es importante ya que busca ser una arquitectura abierta para la ciudad y para el usuario, cumpliendo uno de los objetivos más importante que es el de que sea un hospital más humano.

⁹³ “Site Planning” Kevin Lynch. Inglaterra

CAPÍTULO 12

REGLAMENTACIÓN

1. Reglamentación del Ministerio de Salud

1.1 Aspectos Importantes

Para la planeación y diseño de una infraestructura hospitalaria, existen condicionantes y normas preestablecidas, que a su vez sirven para el diseño un Hospital Especializado Materno Infantil o para alguna unidad del Centro Obstétrico y de Neonatología.

1.1.1 Localización

En el Reglamento Nacional de Construcciones, en el capítulo XVI, referente a Locales Hospitalarios y /o Establecimientos de Salud, en el anexo III-XVI-I, se cita que:

“Toda obra de carácter hospitalario o establecimiento para la salud, se ubicará en los lugares que expresamente lo señalen los Planes Reguladores o los Estudio de Zonificación”⁹⁴

Si a falta del Plan Regulador o Estudio de Zonificación, en los esquemas o vías de la ciudad, se propondrá la zona más adecuada para dicho servicio.

El Hospital María Auxiliadora cuenta con Zonificación H3, es un terreno destinado por el Ministerio de Salud, lo que permite la construcción de hospitales complejos. Al ser el Hospital Especializado Materno Infantil un anexo al otro hospital, y estar en el mismo terreno, atiende a la misma zonificación.

1.1.2 Características de los terrenos

Para la elección del terreno destinado a la edificación de establecimientos de salud, deben considerarse los siguientes criterios técnicos:

- **TERRENOS CEDIDOS Y / O ASIGNADOS**

Los gobiernos locales, comunidades o entidades propietarias, podrán ceder o asignar terrenos al Ministerio de Salud de acuerdo a las normas

⁹⁴ Reglamento Nacional de Construcciones

existentes; los mismos que tendrán que cumplir con los siguientes requerimientos:⁹⁵

- De preferencia planos.
- Alejados de zonas sujetas a erosión y fallas geológicas.
- Evitar terrenos susceptibles a inundaciones.
- De preferencia rectangular o cuadrilongal.
- Abastecimiento de agua potable, adecuada en calidad y cantidad.
- Disponibilidad de desagüe y de drenaje de aguas pluviales.
- Disponibilidad de energía eléctrica.
- Comunicación y red telefónica.
- Accesibilidad peatonal y vehicular.

El terreno cuenta con todas estos servicios.

• **ORIENTACIÓN Y FACTORES CLIMÁTICOS**

Altitud: entre los 90 y 100 m.s.n.m

Temperatura: entre los 13 y 29 grados en situaciones extremas.

Temperatura media: 21 grados C.

Humedad: humedad relativa entre 78 y 99%.

Lluvia: leve llovizna de junio a septiembre.

⁹⁵ Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, 1996

- **VEGETACIÓN Y ÁREAS VERDES**

En un establecimiento hospitalario es indispensable el manejo de la vegetación, ya que como elemento natural, la vegetación es lo más representativo de los espacios abiertos y se considera un regulador ecológico.

De la manera más práctica y convencional, la vegetación se divide en tres grupos: árboles, arbustos y rastreras.

El Hospital Especializado cuenta con una serie de patios verdes ubicados de manera radial con el fin de lograr una mejor imagen visual y un mejoramiento ambiental.

Se realizará un trabajo paisajístico para ayudar en la recuperación del paciente, aislar, amortiguar el ruido y como protección para el soleamiento. Además de ser un elemento clave de la concepción del proyecto y la idiosincrasia andina.

1.2 Zonificación

Las instalaciones hospitalarias se organizan en torno a núcleos.⁹⁶

⁹⁶ Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, 1996

- Núcleo de Pacientes Hospitalizados
- Núcleo de Pacientes Ambulatorios
- Núcleo de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento
- Núcleo de Servicios Generales
- Núcleo de Administración
- Núcleo de Emergencia
- Núcleo de Atención y Tratamiento
- Núcleo de Confort Médico y Personal

1.3 Flujos de circulaciones

En el Planeamiento y diseño de Hospitales es necesario contar con los flujos de circulaciones, que permitan un movimiento fácil de personal y pacientes. El mayor volumen lo constituyen los pacientes ambulatorios y los visitantes.

Las circulaciones de los pacientes deben planearse con la finalidad de mantener su separación del flujo de suministros y de las funciones diarias del hospital. El hospital debe contar con salidas e ingresos diferenciados para visitantes, pacientes, personal de servicio, personal médico, de materiales, servicios y cadáveres.

1.4 Unidades de Atención

1.4.1 Unidad Administrativa

Es la unidad encargada de dirigir, administrar, controlar y coordinar los programas, recursos humanos, materiales y financieros, así como hacer cumplir

las normas, reglamentos, disposiciones que ayudan a mejorar la eficiencia de los servicios.

Puede estar ubicada en un bloque independiente y conectada con las circulaciones generales. El acceso debe ser directo desde el ingreso principal, y es preferible que se ubique en el primer piso.

En el proyecto esta unidad tiene tres pisos y tiene un acceso directo desde el ingreso principal del hospital. Es un bloque autónomo, en la que se encuentran los altos directivos de la institución así como una serie de oficinas, reducidas a lo más mínimo ya que cada unidad del hospital cuenta con su pequeña zona administrativa.

1.4.2 Unidad de Consulta Externa

Es el sector encargado de brindar atención integral de salud al paciente ambulatorio. Valora, diagnostica y prescribe los tratamientos en los diferentes campos de la especialidad médica, contando con el apoyo de métodos auxiliares de diagnóstico, tratamiento y hospitalización.

Esta unidad compartirá consultorios con la Unidad de Consulta del María Auxiliadora, de manera de que el proyecto sólo se concentre en la atención de la madre y el niño.

Es importante considerar espacios intersticiales (áreas libres) para un futuro crecimiento de las demandas hospitalarias, además de espacios de espera dimensionados de acuerdo a la población a atender.

Esta unidad contará con un ingreso independiente y estará alejada de la Unidad de Hospitalización, teniendo fácil acceso con la Unidad de Ayuda al Diagnóstico y

al Tratamiento, a la Zona de Admisión, Estadística y con el Archivo de Historias Clínicas Activo⁹⁷. Además de contar con los servicios higiénicos necesarios.

Los consultorios deben agruparse por especialidades, en este caso se agrupan en:

- Consultorios Gineco-Obstétricos: se atiende a la mujer en caso de embarazo o padecimiento del aparato genital femenino. Deberá contar con SSHH.
- Consultorios Pediátricos: se atiende al niño desde los 0 -14 años.
- Consultorios Especializados: que contarán con una zona de entrevista y otra de examen de acuerdo a la especialidad.

Estos consultorios deben contar con dos zonas: uno para consulta y otro para examen y tratamiento. Los triajes y los tópicos deben ser de fácil acceso.

Esta unidad debe contar con una zona para el trabajo de las enfermeras, así como una zona administrativa con jefatura para un control interno y de asistencia al médico.

1.4.3 Unidad de Ayuda al Diagnostico y al Tratamiento

Es el conjunto de servicios equipados, cuya función principal es la de apoyar al médico para realizar exámenes y estudios que precisen sus observaciones clínicas, para poder obtener o confirmar un diagnóstico, como parte inicial del tratamiento.

1.4.3.1 Farmacia

⁹⁷ Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, 1996

Debe ubicarse en la Unidad de Consulta Externa o cercana a ella. El hospital María Auxiliadora cuenta con una farmacia la cual ha sido reubicada entre las dos unidades de consulta, aprovechándose mejor este espacio y es más accesible para los pacientes.

Contará con una Sala de Despacho y contigua a esta la Sala de Preparaciones. En la oficina del Jefe Farmacéutico se realizará el trabajo administrativo y contará con SSHH. El depósito de las medicinas puede ser ubicado en un área alejada de la Farmacia.

1.4.3.2 Patología Clínica

Su función es recolectar, analizar y dictaminar el tipo de enfermedades en base a los diferentes estudios hematológicos, microbiológicos y de tejidos. Éstas muestras llegan desde todas las áreas del hospital, de consulta y del centro quirúrgico.

Debe ser una unidad de fácil acceso desde el exterior y tener relación con Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización (ya sea horizontal o vertical) y en menor grado con el Archivo Clínico. Está formado principalmente por los laboratorios de Hematología, Microbiología, Bioquímica y de Orina, además de tomas ginecológicas.

Se consideran dos sectores:

- Pública: comprende una sala de espera, admisión y recepción de muestras, cubículos de toma de muestras.
- Privado: que comprende al Laboratorio, de acceso restringido.

1.4.3.3 Banco de Sangre

Su función es la obtener sangre de personas sanas para ser empleadas en las transfusiones. En el caso del hospital, al ser especializado debe contar con esta unidad ya que es sumamente importante en las transfusiones de madre a hijo, y además de los pacientes pediátricos que lo requieran en caso de complicaciones.

1.4.3.4 Diagnósticos por imágenes

Es el servicio que se encarga de auxiliar en el diagnóstico de ciertas enfermedades y permite elaborar estrategias de tratamiento. Debe ubicarse en el primer piso o en la planta baja debido a que los exámenes que allí se realizan emiten muchas radiaciones.

Entre las principales salas de prueba están: sala de rayos X, ecografía, mamografía, densitometría y tomografía. Cada una de estas salas cuenta con SSHH y vestuarios en caso que la prueba lo amerite. Además también cuenta con Oficinas de interpretación, una cámara oscura (para Rayos X), comandos, debidamente dimensionados.⁹⁸

1.4.3.5 Anatomía Patológica

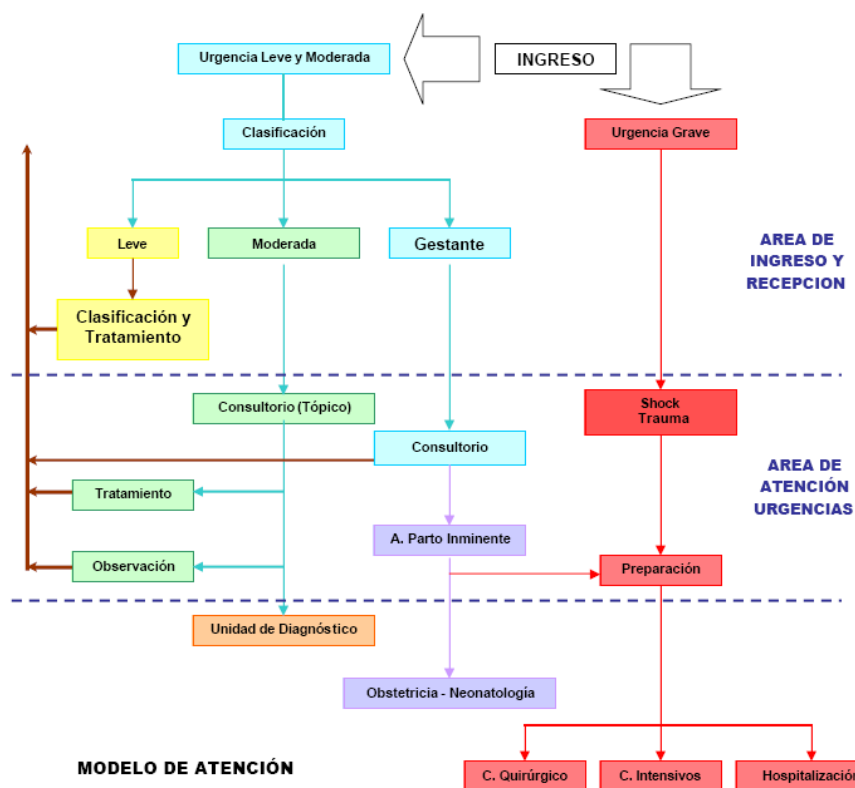
Esta unidad está compuesta por el Laboratorio de Histopatología, donde se toman muestras de tejido y se congelan para su estudio. Cuenta con una sala de autopsia, cámaras frigoríficas, una zona de preparación y entrega de cadáveres y jefatura.

⁹⁸ Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, 1996

Su localización está determinada por su función de depósito de cadáveres, por lo que debe estar en una zona reservada, para que la salida de estos sea lo más directa y discreta posible. Es por esto que se agrupa con la Unidad de Servicios Generales del hospital. Las circulaciones para la conducción de cadáveres deben estar conectadas a las Unidades de Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico y Emergencia.

1.4.4 Unidad de Emergencias

Tiene como función atender a pacientes mujeres y niños que necesiten atención médica inmediata, en situaciones en las que su integridad y vida se encuentran comprometidos. Funciona las 24 horas del día y la permanencia de los pacientes no debe ser mayor a 48 horas. A continuación se presenta un esquema del funcionamiento que debe tener una unidad de emergencia.⁹⁹



⁹⁹ "GUÍA PARA EL DISEÑO DE UNIDADES DE EMERGENCIA". PRONAME. MINSA

Se puede dividir en¹⁰⁰:

- **emergencia Médica Leve**

Situación clínica de un paciente en la que solo requiere tratamiento sintomático y su vida no corre peligro. Debe ser atendida previa a la clasificación de la situación clínica que la realiza un profesional de la salud capacitado.

- **EMERGENCIA MÉDICA MODERADA**

Situación clínica de un paciente en la que requiere necesariamente de consulta médica y exámenes complementarios y una proporción puede requerir internamiento.

- **EMERGENCIA MÉDICA GRAVE**

Situación clínica donde el paciente no puede movilizarse ni valerse por sus propios medios y requiere internamiento y/o intervención quirúrgica inmediata. En ambos casos la vida del paciente está en riesgo de perderla.

Según la “Guía para el diseño de Unidades de Emergencia”, publicada por el Ministerio de Salud, se distinguen algunas áreas principales:

- **ÁREA ADMINISTRATIVA**

Comprende los ambientes relacionados con las actividades administrativas que facilitan y dan soporte a la actividad clínica de la unidad. Muchas de las funciones del área se pueden contemplar en el conjunto de actividades administrativas del hospital, sin embargo existen ambientes que deben localizarse cerca del núcleo de emergencias.

- **ÁREA CLÍNICA**

¹⁰⁰ “GUÍA PARA EL DISEÑO DE UNIDADES DE EMERGENCIA”. PRONAME. MINSA

- Es el conjunto de ambientes destinados a la atención de pacientes que presentan emergencias o urgencias. Cuenta con¹⁰¹:
- Triajes, que sirven para enviar a los pacientes a los diferentes tópicos según sus necesidades de atención para evitar de esta manera que los mismos estén deambulando por toda la emergencia en busca de tratamiento especializado.
- Espacios para Curaciones, Tópicos, son cubículos con buena iluminación y lavaderos. Además deben ser flexibles. Los destinados a aplicación de yesos deben ser amplios para que pueda circular la camilla o la silla de ruedas.
- Traumashock, área de atención y estabilización de pacientes que presentan cuadros graves para la vida. Debe ser un espacio amplio, bien iluminado y con ingreso directo para los pacientes transportados por ambulancia.
- Salas de Observación, que son cubículos independientes que permitan que el paciente este constantemente vigilado. Debe estar en contacto directo con la estación de enfermeras para su constante monitoreo.

- **ÁREA DE APOYO CLÍNICO**

Son los ambientes en donde se realizan funciones de apoyo a las actividades clínicas, tales como la preparación y limpieza de equipo, almacenes y depósitos, como son las centrales de enfermería.

- **ÁREA DE CONFORT**

¹⁰¹ “Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Emergencia de Establecimientos de Salud”

Ambientes destinados a la espera del público y al descanso del personal. Cuenta con salas de espera que albergan a los pacientes no graves, a los familiares de los pacientes que están siendo atendidos y la espera interna de pacientes.

1.4.5 Unidad de Centro Obstétrico

Es la unidad encargada de otorgar la atención oportuna y adecuada en el periodo de alumbramiento, tanto para la madre como para el recién nacido.

Esta unidad es el núcleo de todo el proyecto del que se ramifican las diferentes unidades y servicios y que simboliza que todo gira en base a los usuarios madre y niño.

Debe estar ubicado de tal manera que pueda contar con un acceso directo desde el exterior y en el primer nivel. En este caso no necesita tener relación directa con el Centro Quirúrgico ya que el Centro Obstétrico del proyecto está equipado para poder atender cualquier complicación.

Esta unidad está dividida en dos zonas debido al grado de asepsia que se requiere¹⁰².

- Zona Gris:
 - Sala de evaluación y Preparación: es el ambiente en donde se determina si la paciente está en trabajo de parto o no. Se ubica inmediato al ingreso del servicio. Contará con SSHH.
 - Sala de Dilatación (Trabajo de Parto): se recibe a la madre en trabajo de parto o con amenaza de aborto, para su vigilancia médica observando su evolución hasta el momento de su traslado a la Sala de Expulsión, a Cirugía Obstétrica o Sala de Legrados.

¹⁰² Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, 1996

- Sala de Expulsión (Sala de Parto): atiende a la mujer durante el periodo expulsivo y alumbramiento.
- Zona Blanca:
 - Sala de Legrado: es el ambiente utilizado para atender pacientes durante o después de la expulsión de un producto no viable.
 - Sala de Recuperación: acá se recupera la madre bajo la vigilancia del anestesiólogo.
 - Sala del Recién Nacido: brinda los primeros cuidados al recién nacido. Se ubica próxima a la Sala de Expulsión.

1.4.5 Unidad de Neonatología

Esta unidad se encarga de dar las primeras atenciones y cuidados a los recién nacidos ya sea sanos o que presenten alguna patología. Debe ubicarse muy cercana o anexa al Centro Obstétrico, en caso que no se pueda dar esta relación directa, debe haber una circulación vertical y exclusiva que las comunique. Los pacientes se dividen en 3:¹⁰³

- NORMALES: son los bebés que nacen a término (9 meses) y no presentan signos patológicos y con peso superior a los 2.30 kilos.
- PREMATUROS: no necesariamente son los bebés que nacen antes de término sino también los que tienen peso inferior a los 2.30 kilos.
- INFECTADOS: presentan signos patológicos y son bebés de riesgo.

Por lo tanto, esta unidad está compuesto por:

- Cunero: donde se colocan a todos los recién nacidos sanos, con el fin de poder atenderlos cuando lo necesiten y estar en una continua vigilancia. Los padres y familiares podrán tener registro visual a este ambiente.
- Cunero patológico: donde van los bebés que han nacido con algún problema, deformación o son prematuros y que necesitan estar en cuidado permanente.
- Sala de Aislados: para recién nacidos infectados y ponen en riesgo a otros bebés.

¹⁰³ Journal of Perinatology. 2003 Recommended Standards for Newborn ICU Design, Vol 23

1.4.6 Unidad de Centro Quirúrgico

Es la unidad del hospital más compleja en cuanto a espacios e instalaciones especiales necesarios para la realización de intervenciones quirúrgicas, en el caso de las madres para cualquier intervención ginecológica o cesáreas, y para los niños en caso que requieran cirugías. Estas intervenciones deben realizarse en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminación y/o funcionamiento de equipos.

Estrechamente vinculada (de manera horizontal o vertical) con Emergencia, Centro Obstétrico, UCI y CEYE. El Centro Quirúrgico está dividido en tres zonas debido al grado de esterilización del ambiente¹⁰⁴.

- Zona Negra: es la zona que presenta mayor contaminación o menor nivel de esterilización ya que alberga a los pacientes que recién ingresan al centro quirúrgico. En el caso del personal médico, tendrán que pasar previamente por los vestidores y el cambio de botas.
- Zona Gris: se ubican los pacientes que se encuentran preparados para la cirugía. También se ubican los vestuarios médicos. También se ubica la zona de recuperación post-operatoria y los lavabos para el personal médico.
- Zona Blanca: son los quirófanos propiamente dichos. Es la zona estéril en donde se realizan las operaciones y en donde el personal debe mantener las máximas medidas de bioseguridad y de asepsia.

1.4.7 Unidad de Cuidados Intensivos

Es la unidad que proporciona atención médica especializada a la madre y al niño cuando presentan alteraciones fisiopatológicas que ponen en peligro su vida y que necesitan de mayores cuidados humanos y tecnológicos.

¹⁰⁴ “Guías Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Centro Quirúrgico y Cirugía Ambulatoria”. 2001

Debe estar próxima a Emergencia, Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico. Debe contar con una central de enfermeras que esté en contacto y vigilancia permanente con los pacientes.

Se divide en tres zonas:¹⁰⁵

- Zona Negra: donde pueden acceder los familiares y se encuentra parte del confort médico.
- Zona Gris: donde se encuentran los vestuarios que dan paso a la zona blanca.
- Zona Blanca: se encuentra la central de enfermeras y los cubículos de tratamiento, además de los cuartos de aislados.

1.4.8 Unidad de Hospitalización

Esta unidad es considerada como la parte medular del hospital. La preocupación fundamental es elevar la calidad de atención al paciente, pero también racionalizar y tipificar los espacios arquitectónicos, con la finalidad que el personal que labore en esta unidad optimice su trabajo con los menores recorridos posibles y con los elementos y equipos adecuadamente localizados para estos efectos.

La principal función de esta unidad es la atención integral de la madre y el niño por medio de procedimientos que requieran reposo en cama, vigilancia médica, atención de enfermería y apoyo de métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

En este caso se tendrá:

- Hospitalización Mujeres:
 - Hospitalización Obstétrica
 - Hospitalización Ginecológica
- Hospitalización Pediátrica:
 - Lactantes
 - Pre-Escolares
 - Escolares

1.4.9 Unidad de Servicios Generales

¹⁰⁵ Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, 1996

Es el conjunto de departamentos de Nutrición y Dieta, lavandería y ropería; también se encuentran los ambientes de mantenimiento y la sala de máquinas. La primera división de las funciones que ejercen estos servicios es de orden técnico-operativo, como:

- Aprovisionamiento: Compras
Almacenes
Distribución
- Ingeniería: Instalación
Bioparellaje (instrumentación)
Obras (conservación)
- Hostelería: Alimentación (cocinas)
Lavandería-Lencería
Limpieza
- Otros: Esterilización
Información y vigilancia
Otros

Esta primera compartimentación, ejercida en el orden práctico o conceptual es importante para mantener un orden en las tareas a realizar, bajo la supervisión del jefe del servicio.¹⁰⁶ Al ser un hospital anexo al Hospital María Auxiliadora, se compartirán algunos de los servicios con el fin de reducir áreas y recurso humano.

107

1.4.9.1 Nutrición y Dietética

La cocina debe contar con una despensa para el almacenaje de los alimentos, así como una zona de preparación de alimentos, zona de cocina caliente, zona de cocina fría, áreas de servicio y de lavado.

En su localización debe tenerse en cuenta:

- Carga y descarga de víveres

¹⁰⁶ “LA GESTIÓN EN LOS SERVICIOS GENERALES HOSPITALARIOS”. Torrent Puig. Dr. Ing. Consultor de Gestión Hospitalaria. www.hospitecnia.com

¹⁰⁷ Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Ministerio de Salud 1996

- Transporte de alimentos a la Unidad de Hospitalización
- Central de la zona de Servicios Generales

1.4.9.2 Mantenimiento y Talleres

Es el departamento encargado de brindar los trabajos de conservación de los inmuebles y el mantenimiento de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital.

Debe tener una comunicación lo más directa con todos los servicios de esta unidad.

1.4.9.3 Almacén General

Es el ambiente que proporciona las condiciones óptimas para el recibo, clasificación y resguardo de los insumos, a fin de cubrir las necesidades operativas.

1.4.9.4 Central de Esterilización y Ensamblaje

Es el servicio donde se lleva a cabo las actividades para eliminar la presencia de gérmenes y bacterias de los equipos, ropa, materiales e instrumental utilizado para el tratamiento de los pacientes. Cuenta con una zona para la recepción del material contaminado y su clasificación, así como una zona para el almacenaje de los equipos, empaque y distribución.

2. Normas Técnicas para personas con Discapacidad

3. El 31.28% de la población peruana presenta algún grado de discapacidad que debe ser atendida por los servicios de salud para poder lograr su reintegración a la sociedad.¹⁰⁸

Un alto porcentaje de los establecimientos de salud, no cuenta con las condiciones arquitectónicas idóneas para proporcionar a las personas con discapacidad posibilidades de acceso, tránsito y estancia para que reciban la atención adecuada y oportuna. Por lo tanto, las instalaciones para los discapacitados son de gran importancia en este proyecto, no sólo para los que tienen algún grado de discapacidad sino también para los pacientes hospitalizados que necesitan de apoyos para su movilización.

- **ACCESOS**

- Ingreso desde el exterior a nivel del piso o mediante rampa.
- Textura diferente para indicar la proximidad a una rampa, a 1.20 m. desde el inicio de la rampa.
- Las puertas tendrán un ancho mínimo de 1.00 m. con cerraduras con manijas tipo palanca.

- **RAMPAS**

- El ancho de las rampas no debe ser inferior a 1.20 m. de ancho, con 1.00 m. libre entre pasamanos y bordes laterales de 5 cm. de alto.
- Deben existir dos pasamanos, uno a 0.90 m. y el otro a 0.75 m. con respecto al nivel de piso terminado y deberán prolongarse 0.60 m. en el arranque y en la llegada.

- **PASADIZOS Y CORREDORES**

- El ancho libre mínimo será de 1.80 m.
- Solo se permitirá la colocación de pasamanos tubulares en las circulaciones de uso público que comuniquen con las Unidades de Consulta Externa, Ayuda al Diagnóstico, Emergencia y Administración.

- **ZONAS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO**

- Contarán con un mueble de control con una altura de 0.90 m. con un área de atención de 1.50 m. para permitir el paso de sillas de rueda.

¹⁰⁸ Normas Técnicas para el Diseño de Elementos de Apoyo para Personas con Discapacidad en los Establecimientos de Salud”

- Todos los servicios higiénicos de uso público contarán con un cubículo para discapacitados.

- **UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

- El área entre cama y cama tendrá un mínimo de 1.00 m. de separación con el fin de permitir el paso de las sillas de rueda.
- El área de circulación no será menor que 1.30 m.

- **ESTACIONAMIENTOS**

- Se reservarán áreas exclusivas para los vehículos que transportan o que son conducidos por personas con discapacidad.
- Se requiere de un estacionamiento por cada 25, ubicados lo más cercano posible al ingreso principal.
- Las medidas del cajón son de 3.8 m. de ancho x 5.00 m. de largo.
- La señalización estará pintada en el piso con el símbolo internacional de acceso a discapacitados.

- **AUDITORIOS Y SALAS DE USOS MÚLTIPLES**

- Se destinará como mínimo un área para personas con discapacidad en silla de ruedas por cada 100 personas o fracción a partir de 60 asientos, con un área de 1.20 m. x 1.00 y cercana a la zona de salida de emergencia.
- Además, se reservará un asiento para personas con muletas o bastones, indicado con una simbología de lugar reservado.
- Por cada 25 asientos, se destinará dos de ellos a personas con discapacidad con muletas.
- Se debe destinar en la primera fila, un espacio para personas con alteración visual.

3. **Conclusiones**

- La determinación de áreas y espacios necesarios para la realización del programa del Hospital Especializado Materno Infantil, han sido tomadas consultando el manual de “Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria”, “Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Emergencia de Establecimientos de Salud”, así como la “Guía para el Diseño de Unidades de Emergencia”, “Guías Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Centro Quirúrgico y Cirugía Ambulatoria” y “Normas Técnicas para las Unidades de Neonatología (EEUU)”.
- Sin embargo, muchas áreas salieron como conclusión después de haber entrevistado a personal médico especializado que conoce las verdaderas necesidades de los usuarios.
- El reglamento está centrado en los aspectos funcionales, desde el punto de vista del tratamiento y el equipamiento. Sin embargo, no existen lineamientos en el manejo de los espacios para los pacientes y el personal, desde un punto de vista del usuario.
- A pesar de ello, en el programa se han realizado planteamientos adicionales, como playgrounds, salas de espera, estar médicos, salas de ejercicios pre y post-natales, poniéndonos en el lugar de los usuarios, de las madres y de los niños, con el fin de crear un hospital humano sin dejar de cumplir con los requerimientos establecidos en el reglamento.

- En el caso de los ingresos de emergencia, se han dividido con el fin de no crear confusiones y poder dar una atención tanto al usuario mujer como al usuario niño. Es decir, se ha planteado sólo ingreso vehicular para la zona de emergencia y ya en el interior, un ingreso para lo que es Emergencia Pediátrica y otro para Emergencia Gineco-Obstétrica, además del ingreso de Emergencia para Ambulancias.
- El proyecto contará con las instalaciones necesarias, según el manual de “Normas Técnicas para el Diseño de Elementos de Apoyo para Personas con Discapacidad en los Establecimientos de Salud”, tanto en la zona de hospitalización, como en las áreas públicas, estacionamientos, etc.

CAPÍTULO 13

EL USUARIO

1. La Madre

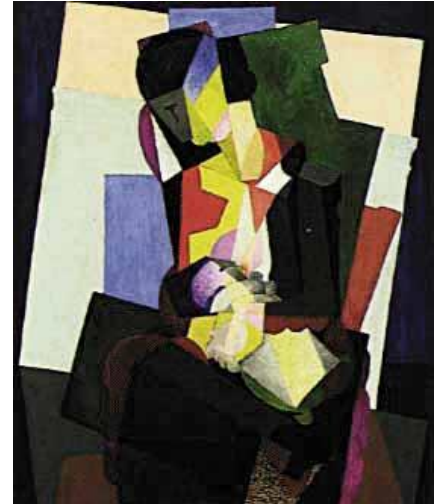
1.1 Relación Binomio Madre – Niño

1.1.1 El contacto prematuro Madre - Hijo “ Piel a piel ”

La perinatología ha logrado importantes avances en los últimos años gracias a los conocimientos adquiridos sobre la fisiología y fisiopatología de la gestación, las características de los cambios adaptativos a la vida extrauterina y los grandes avances tecnológicos para el mejor control y cuidado del recién nacido en las unidades de Cuidados Intensivos.

El íntimo contacto físico entre la madre y el recién nacido, ha sido ampliamente demostrado, es muy beneficioso para el desarrollo orgánico y emocional del recién nacido así como para la estimulación de un sólido vínculo entre ambos.

En los recién nacidos prematuros, este íntimo contacto es interrumpido por la necesidad de ser atendidos en Unidades de Cuidados intensivos en donde incubadoras, catéteres, termistores se interponen entre ellos. Varias formas de estimulación suplementaria han sido propuestas a las unidades de Neonatología pero el ingreso de los padres y su mayor participación en la atención de estos niños es uno de los avances más importantes.



“LA MATERNIDAD”

Jimena Rivera

La estimulación táctil y kinestésica han contribuido a que recién nacidos prematuros tengan mejor peso, estén más alertas, desarrollen una mayor actividad motora y más resultados. El contacto madre-hijo piel a piel fuera de la incubadora es una propuesta que ha comenzado a ser considerada con mayor atención en varios países.

BENEFICIOS:

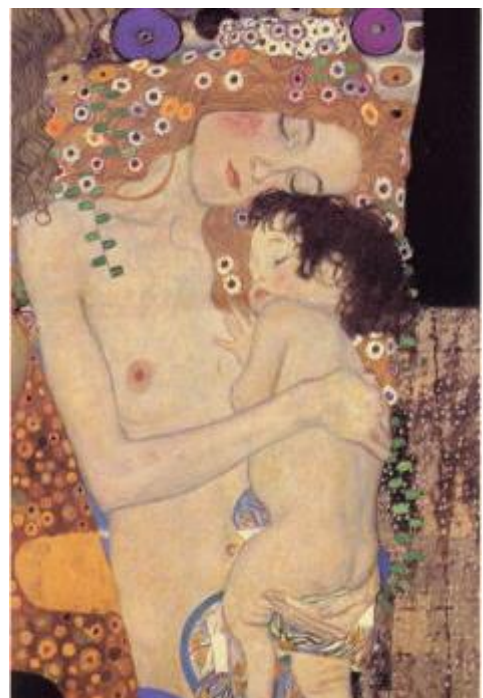
- Estabilidad del Sistema Nervioso Autónomo. Memoria Prenatal.

- Al ser colocado sobre el tórax de su madre se estimula el recuerdo de experiencias de su vida prenatal que lo tranquilizarán, disminuirán su estado de hipersensibilidad y las descargas del sistema nervioso.
- Estabilización de los estado de Conciencia. Maduración Neurológica.
- Se incrementa el sueño profundo, disminuye la actividad motora, incrementa el estado de alerta reposado y se reduce el llanto del niño y la ansiedad materna.
- Estimulación cutáneo-hormonal o Somato Sensorial. Anabolismo.
- Se inicia la estimulación Somato-Sensorial.

La posibilidad de desarrollar un contacto precoz íntimo y emotivo con su hijo estimula el apego y la interacción madre-hijo, pero fundamentalmente estimula la confianza de los padres en el niño, al no verlo tan frágil, y la confianza en sí mismos para cuidarlos. La estimulación más antigua del ser humano ha sido redescubierta: El contacto piel a piel con su madre, y tiene ya en la actualidad fundamentos para ingresar a las unidades de asistencia neonatal, ya que no modifican la estabilidad fisiológica del niño.

1.1.2 Primeros acercamientos...

Algunas madres muestran dificultades a la hora de asumir su maternidad y, delegan toda responsabilidad en el médico o en el personal paramédico; hay otras que tienden a asumir todas las cargas, olvidando incluso los detalles útiles para una correcta asistencia sanitaria. A menudo se sienten



atormetadas por una sensación de insuficiencia con respecto al prototipo sociocultural de atención materna y alguna madre teme incluso no poseer instinto maternal, porque siente a su hijo como si fuese un desconocido.

"LAS TRES EDADES DE LA MUJER"
Gustave Klimt

Al margen de inútiles luchas sobre el tipo de lactancia o sobre el estilo correcto de maternidad, la atención a las preocupaciones y la reformulación de las ansiedades permitirá a la madre "novata" recuperar rápidamente la tranquilidad; será necesario hallar soluciones que no denoten preferencia unas veces por el niño y otras por la madre, sino que al actuar sobre su relación, desarrollen una correcta acción preventiva en relación a la salud mental del nuevo ser y a su derecho inalienable a ser él mismo.

1.1.3 Rooming-In:

El "Rooming-In" ó "Alojamiento Conjunto" es el nombre dado al método de atención que consiste en derivar el cuidado del neonato a la madre, para lo cual es transferido a la habitación de la misma a las 6 horas de vida extrauterina satisfactoria, donde permanece hasta que ella es dada de alta, salvo casos de contraindicación obstétrica. Las razones que originaron la aplicación de este método fueron principalmente aligerar el trabajo en el servicio de neonatología, y por otro lado, educar a las madres y propiciar la lactancia materna, además cuando los neonatos se encontraban alejados de sus madres por largos corredores, era imposible dejar de exponerlos al ambiente impuro de los mismos durante el traslado diario.

Pero la razón más importante y la de mayores consecuencias positivas es aquella que los psicólogos explican como el fenómeno de reafirmación de "la unidad psicobiológica madre-niño". El cambio brusco del paso de la vida intrauterina a extrauterina, produce

en el recién nacido un shock psicológico. La lactancia materna es una prolongación de la vida intrauterina, en la cual la madre alimentaba al feto a través de la placenta. Por lo tanto, cuanto menor sea la separación físico espacial: madre-recién nacido, mejor será esa transmisión afectiva, y por consiguiente se fortalecerá la relación psicobiológica; además de favorecer la reafirmación de la identidad femenina.

1.2 La Relación Médico – Paciente:

La relación médico-paciente ha experimentado un importante cambio en los últimos años. Esta relación ha pasado de basarse en la ética del paternalismo, es decir del "doctor, haga usted lo que crea conveniente", a la ética de la autonomía por parte del enfermo, que una vez informado por el médico, tiene la posibilidad de elegir entre las distintas alternativas que éste le plantea. Si bien es cierto que se ha pasado del paternalismo a la autonomía, cuando el paciente realmente necesita del médico en momentos críticos o situaciones irreversibles, suele renegar de esa autonomía, tanto él como sus familiares.

La práctica médica habitual necesita medios diagnósticos y terapéuticos cada vez más caros, más complejos, y a veces, con más riesgo y con un beneficio marginal, por lo tanto, el patrón de la práctica médica debe tener muy en cuenta el riesgo/beneficio y el costo/beneficio, que no siempre es aceptado por parte de la sociedad, e incluso, por los propios médicos". Es imprescindible un cambio en la actitud del médico: "la práctica médica se ha transformado de una forma impresionante, basándose en los avances científicos y tecnológicos, en la demanda de la población, en la evolución de la economía, a aspectos éticos y jurídicos, en los medios de comunicación, etc.

Los cambios que ha experimentado la actitud del médico hacen referencia al paso de conocimientos limitados a ilimitados, de realizar el trabajo en solitario a realizarlo en equipo, de la información que sólo disponía el médico a la información que ahora tiene el paciente, incluso a veces mayor que la del médico, de la ética de la beneficencia a la

ética de la autonomía; del gasto sin problemas al control del gasto, de la demanda de alivio a la demanda de calidad de curación, de la no judicialización a la judicialización de la Medicina y del prestigio del médico en particular al prestigio de la Medicina en general.

En referencia a esa gran cantidad de información de la que puede disponer el paciente, el Internet puede llegar a ser una amenaza para el médico, ya que el enfermo está adquiriendo una enorme capacidad para comparar, elegir, y por su puesto, exigir.

Los medios son conscientes de este apetito de la población, y la información que se publica es cada vez mayor. Pero la calidad de estas informaciones dista en muchos casos de ser la ideal, de hecho los errores son muy frecuentes.

EMPATÍAS

"Hay que estar con el enfermo sin ser el enfermo"

Unamuno

¿Cuál debe ser el tipo de relación entre las personas principalmente implicadas en el acto médico, es decir, el profesional y el paciente?

Desde el frío guardapolvo blanco, distante y aséptico, hasta la cercanía excesiva que confunde los roles, existe una actitud que hace posible el respeto y la dignidad en la relación médico-paciente: la empatía. Esta no consiste en "querer" al otro, no estamos obligados a ello, pero sí ponerse en su lugar, sentir con su piel, ver con sus ojos. Es necesario personalizar al otro, al paciente. La cómoda actitud pseudo-profesional de tratar al paciente como un "objeto médico" tiende a codificarlo. Si lo despersonalizo, me despersonalizo: si niego al otro, desaparece el yo. También se encuentra la tendencia a super-subjetivizar, actitud de excesiva responsabilidad, capaz de llenar de angustia al profesional, interfiriendo en su buen juicio.

Una relación digna y respetuosa se basa además en la aceptación del enfermo, más allá de aquello que el enfermo "hace". Muchas patologías cargan al paciente de ciertos antivalores a los ojos de la sociedad, de la cual el profesional es un miembro irrenunciable. El paciente vale y debe ser valorado por lo que es, una persona, un sujeto, y no por lo que hace. El médico debe ser justo, sin ser juez. La actitud moralizante de algunos profesionales no tiene fundamento en las ciencias de la salud, cuyo objetivo es prevenir y curar las enfermedades, y no juzgar actitudes morales¹⁰⁹.

LA MUJER EMBARAZADA Y SU MÉDICO

Es posible que muchas relaciones en la vida de la mujer se vean afectadas por el aumento de su sensibilidad. Una de ellas tal vez sea la relación con su médico. Muchas mujeres sienten que le cuesta comunicarse con él y que les gustaría que le dedicara más atención y tiempo. Sin embargo, el establecer un buen vínculo con el doctor es muy importante, y ayudará a recibir un buen cuidado prenatal y a sentirse preparada para dar la mejor bienvenida al bebé.

Muchas futuras mamás el día de la primera consulta, se sienten contentas y nerviosas, con un poco de miedo, no saben qué preguntarle al doctor. Algunas sienten un trato frío e impersonal por parte del médico y se sienten parte de una historia médica más. Esto influye mucho en la psicología de la madre ya que muchas optan por dejar los controles prenatales por el mal trato recibido.

El cuidado prenatal no solo es esencial para asegurar que un bebé nazca saludable, sino que es también el medio que permite a los médicos detectar a tiempo enfermedades que son tratables antes de que nazca el bebé. La solución, entonces, no es dejar de ir al médico sino tratar de aprender a comunicarse con él. El lazo de confianza que se debe

¹⁰⁹ Información obtenida de la página web: www.latinsalud.com

establecer desde un principio entre la mujer embarazada y su doctor es tan importante como cualquier otro cuidado que se deba seguir durante los meses de gestación.

Como las consultas son rápidas, las preguntas deben ser claras y directas, por ello, las mujeres deben indicar todo sobre el estado general de su salud, los síntomas que ha experimentado, los medicamentos, remedios caseros que ha tomado y mencionar los cambios importantes que se han registrado en el trabajo o en el hogar. La mujer no debe de sentirse ignorante por hacer tantas preguntas, ninguna pregunta está demás en el embarazo. Las preguntas más comunes son qué tipo de anestesia se usará durante el alumbramiento, qué clase de nutrición y ejercicio debe seguir, cuáles son las señales de peligro en un embarazo, qué medicinas se pueden tomar, dónde recibir clases de preparación para el parto, etc. Si la mujer embarazada no llegar sentir ningún vínculo con su médico, es mejor buscar otro.

1.3 La Psicología de la Mujer Embarazada

“.....Estar embarazada: qué emoción, qué felicidad, pero también cuántos temores, qué gran cambio... y todo esto, desde el primer momento.....”



“MIRADA EN EL ESPEJO”

Mercedes Fariña

El deseo de maternidad es un sentimiento que se manifiesta mucho antes de estar embarazada, ya desde la tierna infancia, las niñas juegan a "mamás y papás" o con las muñecas. Este deseo consciente puede, sin embargo, ocultar otros deseos inconscientes: manifestar la feminidad, la fecundidad, la

identificación con la madre. Estos deseos nos lleva a tener en cuenta la ambivalencia del deseo de ser madre.

Todo embarazo suscita preguntas, nervios, angustia y sentimientos contradictorios. No es raro que los padres se pregunten por qué se han embarcado en tal aventura. Se sabe que "al deseo de que el niño viva, pueden asociarse deseos inconscientes de que no viva". Estos deseos son "normales" pero están ocultos en el inconsciente y pueden dar lugar a una idealización del pequeño o un deseo de protección excesiva. La psicología devuelve la maternidad al cuerpo y, sobre todo, a la mente de la mujer. El embarazo es un momento que resume toda la vida de una mujer en sus significados afectivos y de relación.

En el origen de toda persona hay una madre y un acontecimiento llamado maternidad, que se ha venido produciendo y repitiendo casi invariablemente a lo largo de toda la historia biológica y en su proceso fisiológico. Sin embargo, son los elementos psicológicos los que convierten la maternidad en una experiencia única e irrepetible, no sólo con respecto a otra madre, sino también en relación a otros embarazos de una misma mujer. En efecto, cada gestación constituye para la mujer un momento mágico de fantasía y de deseos diferentes, del mismo modo que cada madre alberga sentimientos distintos para cada hijo. Las vivencias interiores, en su mayoría inconscientes, y las fantasías de una mujer sobre si misma como madre y sobre el niño que va a nacer revisten una enorme importancia, tanto para el desarrollo del embarazo como para la sucesiva relación madre-niño, e incluso para el futuro del nuevo individuo.

En esta etapa y la del post-parto, la mujer ansía el calor familiar, las visitas de amigos cercanos, la compañía del cónyuge, y sobre todo la íntima convivencia con su hijo, todo

lo que conlleva a la necesidad de un ambiente hospitalario con cierto grado de privacidad que le permita experimentar esas vivencias con calor de hogar.

1.3.1 La Gran Noticia

Cuando se anuncia a la pareja que están esperando un hijo, la primera reacción es de euforia. La futura madre acepta muy rápido la nueva situación y la percibe como una parte de ella misma. Su cuerpo sólo se ve tintado de ciertas molestias propias de los primeros meses como náuseas, vómitos. Algunas mujeres se sentirán más cansadas y sensibles y tendrán tendencia a abandonar ciertas actividades exteriores para concentrarse en la vida del feto. La percepción de los primeros movimientos fetales. El conocimiento y la aceptación de los complejos mecanismos activados por la experiencia de la gestación y de la aproximación del momento del parto pueden resultar útiles para superar cierta ansiedad ante la inminente separación entre madre e hijo, impidiendo que esta llegue a convertirse en angustia o que pueda incidir de forma negativa sobre los "tiempos de la gestación", debido a secretos deseos subyacentes de expulsar o retener al niño a cualquier precio.

EL CUERPO Y LA MENTE EN GESTACIÓN

Durante la gestación todo el cuerpo sufre cambios y cada parte de la mujer contribuye a estos cambios, activados y controlados por la mente. La futura madre es capaz de percibir los primeros movimientos de su feto. El vientre comienza a redondearse y a evidenciarse el embarazo. Los numerosos exámenes médicos que se practicarán a la mujer embarazada podrán darle seguridad. "El feto: un ser muy real".



"LA ESPERANZA I"

Gustave Klimt

La futura madre, a través de la fusión biológica con el feto, revive la situación experimentada ya en su más tierna edad. Este intrincado juego de viejas y nuevas

identificaciones da lugar a una regresión totalmente natural y que permite a la mujer relacionarse con el hijo que está a punto de nacer, ayudándola a interpretar precozmente sus señales, para poder luego responder a sus necesidades.

Parece ser que la naturaleza empuja a la mujer gestante hacia un camino de retroceso, es decir, a volver con una parte de sí misma a ser de nuevo niña, lo cual le permite ponerse en el lugar del pequeño y entenderlo. Cada gestación va acompañada de sentimientos contradictorios, despertados por un lado por la necesidad infantil que todos albergamos de ser atendidos, protegidos y mantenidos lejos del peligro y, por otro, por la necesidad materna de ayudar a crecer, de abandonar una condición de pasividad para atender, defender y emancipar.

Algunos síntomas típicos de la gestación, como la náusea y el vómito y ciertos miedos, como el temor a engendrar un niño no sano, pueden comprenderse y valorarse sólo a través de un minucioso análisis de su significado simbólico. Por esta razón, la mujer embarazada, es psicológicamente más frágil que en otros momentos de la vida, está siempre necesitada de "mimos" y apoyo.

LA LLEGADA DEL GRAN DÍA

El futuro bebé es percibido como un ser único y real. Los padres se preparan para la llegada: decoran la habitación, eligen el nombre, preparan todo. Para la madre, el futuro bebé ya no es un ser extraño a la familia. Percibe los ritmos de sueño y vigilia del pequeño, se comunica con él a través del tacto.

Esta evolución es importante, ya que el día del nacimiento los padres tendrán que recibir al bebé, a veces diferente de cómo lo habían imaginado, pero en cualquier caso se reconocerán: el bebé reacciona bien ante el olor de su madre, su voz y el padre sabrá pronto descifrar sus lloros.

El parto es, en efecto, el momento en el que la mujer está a punto de enfrentarse a un ser nuevo y extraño que no volverá ya a formar parte de ella misma; es el momento en el que a la relación psicológica y fantástica viene a sumarse además la real, que es el resultado de una rica interacción entre imaginación y realidad. Se trata de una fase delicada, no sólo por la sensación de peligro que durante siglos ha estado ligada a ella, exacerbada en algunas ocasiones por la percepción del dolor físico, sino sobre todo por el miedo a la separación tras una unión que ha sido íntima, perfecta y reconfortante.

“....El contacto físico entre madre e hijo ayuda a superar la angustia de la separación.....”

El parto constituye el momento en el que la mujer, al separarse de su niño, revivirá sus propios procesos de separación y hallará su propia identidad.

LOS OBSTÁCULOS PSICOLÓGICOS

Cuando una pareja conoce la noticia de su próxima paternidad, se encuentra confrontada a una crisis de identidad, sobre todo la madre. Sin embargo, hay una depresión postparto que experimentan algunas madres después del nacimiento de su hijo, ya que tener un bebé puede producir tanto júbilo como agotamiento.

La mayoría de las mujeres experimenta lo que se conoce como la "melancolía de la maternidad," una forma muy leve de depresión. Ésta comienza de tres a seis días después del parto y dura hasta dos a seis semanas. Los expertos opinan que estos sentimientos son causados por cambios hormonales, fatiga y sueño interrumpido.

Los síntomas de la melancolía de la maternidad pueden ser tendencia al llanto, ansiedad, insomnio, cambios de humor, dificultad para concentrarse, fatiga y pérdida de interés. Aunque algunos de estos síntomas son similares a la depresión postparto, la melancolía de la maternidad es más leve y de más corta duración.

La depresión postparto, una condición más grave, afecta de un 8 a un 15% de las mujeres. Por lo general, ésta comienza alrededor de dos semanas después del parto, pero algunas veces pueda que no se presente hasta los tres a seis meses después de dar a luz. La misma puede durar varios meses, y si no es tratada, puede durar varios años. Otros factores que pueden contribuir a la depresión posparto pueden ser: tener otros hijos en casa, dar a luz gemelos, tener sentimientos ambivalentes acerca del embarazo, y tener antecedentes de depresión.

2. El Padre

2.1 ¡Voy a ser Padre !

Tener un bebé es una experiencia maravillosa... también para el papá. El padre puede participar en esta emocionante jornada e incluso ayudar a la futura mamá a traer al mundo al nuevo bebé.

Dos cosas vienen a la mente cuando le dicen a uno que va a ser padre: un sentimiento de alegría jamás antes sentido y el temor de no estar listo para asumir el cargo más importante que un hombre puede realizar en su vida. La noticia es impactante y abrumadora, el padre no ve la manera de celebrar el futuro nacimiento del ya conocido “heredero”, pero a la vez cuestiona el saber qué es lo que vendrá y tendrá que hacer de ahora en adelante.



“PATERNIDAD”

Javier Saavedra

Los nervios generalmente se apoderan más del padre que de la madre, ya que no quieren que nada malo pase. Suelen acompañar a la futura mamá a las consultas con el médico, a los ejercicios prenatales, a la tienda a comprar los muebles para la habitación del bebé, aguantan los enojos, y satisfacen todos los “antojos” a lo largo del día y del embarazo de la mamá. Algunos padres, dicen también estar embarazados, ya que a veces las madres carecen de los malos síntomas y de los antojos, siendo el padre el que los padece.

Como el papá no siente en su interior el crecimiento de su bebé, es esa “espera” la que le produce ansiedad y alegría. Cuando llega el día tan esperado, los temores fluyen, algunos papás se olvidan de todo lo que aprendieron en las clases para futuros padres y no saben qué hacer, o se preocupan de no desmayarse cuando vean por primera vez a su hijo. En otros casos, acompañan a lo largo de todo el trabajo del parto a la madre, que puede durar desde muy pocas horas como días.

Sin embargo, para la mayoría de los papás, el nacimiento de un hijo se convierte en uno de los sentimientos y momentos más increíbles de toda su vida, para ellos es el inicio de una relación que durará para toda la vida.

3. El Niño

3.1 La Psicología en el recién nacido

Antes de salir del vientre, la existencia era agradable, placentera, tibia, no había ausencia de alimentos ni de oxígeno.



En esta nueva vida fuera del vientre, el ambiente se vuelve seco, frío, se siente hambre, necesidad de respirar.

Frente a esto, la actitud afectiva que reciba de la madre, determinará la adecuada evolución fisiológica, mental y social del niño., siente miedo frente al ruido y al Vacío.

Se siente desprotegido frente al mundo, tiene necesidades y deseos que cuando no son satisfechos, se manifiestan con llantos, gritos y agitaciones, pero cuando sí, muestran agrado y es allí donde se inicia la relación amorosa. En esos momentos su vida está a merced de la madre.



El neonato al comienzo solo llorará cuando tenga hambre, pero posteriormente llorará además por la necesidad de contacto con su madre. El recién nacido al ser levantado en alto, amado, acariciado, contemplado, sonreirá, le brillarán sus ojos y estará satisfecho.

Es esencial que el recién nacido "sienta" a su madre ya que es parte inseparable de ella.

Dado que el espacio físico debe corresponder a las necesidades del usuario, es necesario conocer cuales son las características perceptuales del neonato; por ello es importante conocer su capacidad sensorial en sus reacciones visuales, auditivas, de olor y de confort.

El recién nacido realiza su primer contacto con el mundo externo, a través de los sentidos, duerme todo el día, salvo en los momentos en que despierta, cuando tiene hambre, cada 3 ó 4 horas.

Es muy importante que la madre esté presente en el momento preciso en que él solicite alimentación, ya que de lo contrario, el recién nacido experimenta una sensación de extinción y otros sentimientos como ira, temor, tristeza, abandono. Psicológicamente proyecta una mala imagen materna.

El niño al nacer y frente a la luz intensa, manifiesta fotofobia, es decir, que reacciona negativamente frente a ella, con pánico, alteraciones respiratorias y circulatorias poco a poco se acostumbra a la luz natural y fija su interés en los objetos luminosos.

En las primeras semanas producen reflejos en respuesta a estímulos. El bebé tiene noción del claro y oscuro, con los meses el rojo y amarillo, lo demás lo percibe como grises. Tiene sensibilidad visual, pero no persigue los objetos con la vista. En cuanto a la audición, no se ha comprobado que exista en los primeros días sólo responde al ruido con estremecimiento. Después de la primera semana, es capaz de oír. Con respecto al sentido del olfato, percibe los olores suaves, y reacciona negativamente frente a olores fuertes. La temperatura del recién nacido es superior al de la madre, es muy sensible a los cambios bruscos de temperatura del ambiente. El recién nacido no tiene noción del tiempo, solo las sensaciones de duración corta o larga.

Subjetivamente, el espacio es percibido a partir del cálculo de las distancias entre "el Tú y el Yo". Al comienzo, se va formando la noción del espacio tomando su propio cuerpo como referencia, es lo que se llama "espacio biológico".¹¹⁰ Siente arriba, abajo, al costado izquierdo y al costado derecho.

Los estímulos que sirven para condicionar el espacio son luz, objetos y personas. Podemos decir que sus primeras percepciones e ideas elementales del espacio corresponden a las relaciones de: Proximidad o cercanía, Separación, Orden o "sucesión espacial", Inclusión y Continuidad.

¹¹⁰ Fuente: "Introducción a la Psicología del Niño" (Pre-natal y primera infancia). Hilarión Tovar Narrea.

3.2 La Psicología en el niño

La psicología durante todo el desarrollo del niño es muy complicada. El niño sufre muchos altibajos debido a los cambios a los que repentinamente tiene que adaptarse.

De 0 a 1 año

La primera etapa del desarrollo del niño, comienza desde la primera relación que el niño desarrolla con su entorno, en donde encuentra fuentes de satisfacción como las primeras vías de descarga de sus tensiones internas.



Alimentar al niño con afecto y receptividad a sus necesidades favorecerá su normal desarrollo psicológico. Con la lactancia materna se completará el ciclo de la maternidad.

El único peligro estará en que la madre no desarrolle la empatía y relación adecuada con el niño. La sensibilidad de la madre a los mensajes del niño, influirá en la irritabilidad de éste y en su predisposición a iniciarse en la comunicación.

Se da la "etapa del suelo" en la que, sobre todo a partir de los 4 meses, será el movimiento, el desplazamiento en el espacio. El bebé irá expresando sus necesidades mediante gestos, actitudes y contactos visuales que provocarán reacciones en su entorno, dándose así un intercambio afectivo con los demás. A lo largo de este primer año, se producirá la adquisición del lenguaje: la emisión de la 1ª palabra.

De 1 a 2 años

Ahora, el niño se adaptará a situaciones nuevas, utilizando esquemas ya adquiridos y buscando y encontrando medios nuevos. Se muestra muy activo. Se inicia en la

conquista de su autonomía, cada vez con mayor seguridad, a la vez que las prohibiciones.

Aprenderá la función que tiene cada objeto: es lo que se conoce como "actividad objetal" y le dará el uso que le corresponde. El niño va a mostrar mucha avidez e inquietud por conocerlo todo. Su curiosidad le llevará también a explorar diferentes partes de su cuerpo. Alrededor de los 2 años, surge el "no" como organizador de la conducta". Es la etapa de la negación frente a todo.

De 2 a 3 años

Alrededor de los 2 años, el Sistema Nervioso del niño alcanza la madurez necesaria para acceder a nuevos aprendizajes, coordinar mejor sus movimientos, pero su capacidad de detener la acción y su voluntad aún no.

El niño entra ahora en la llamada "fase del negativismo" o de oposición, en la que la actitud predominante va a ser de protesta o negación ante lo que se le dice o se pretende que haga. Se conoce como la "crisis de los 3 años". En esta "edad mágica", el niño creerá todo lo que se dice, teme ser abandonado.

De 3 a 4 años

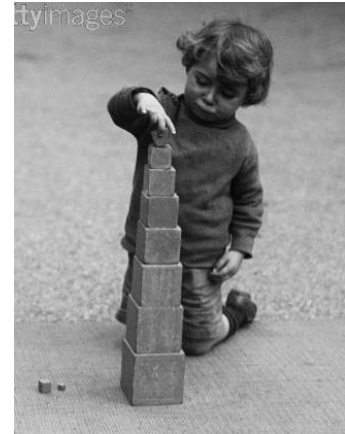
Esta etapa es un punto culminante en el desarrollo del niño. Es un momento crucial: se produce la toma de "conciencia de sí mismo". Va apareciendo el juego con otros niños. Muestra grandes dosis de imaginación en su juego.

El niño es ahora capaz de representar en su pensamiento la acción que va a realizar, así como expresar mediante el lenguaje hechos pasados y se planteará, incansablemente, preguntas, los conocidos "por qué". A esta edad se inicia el curso pre-escolar. Pero no para todos los niños es fácil el inicio escolar; para algunos supone un auténtico trauma.

Por ello, se mostrará más agresivo, comportándose como si volviese a ser más pequeño de lo que en realidad es.

De 4 a 5 años

A esta edad sigue disfrutando con las actividades físicas. En su juego se refleja mucho la gran imaginación que tiene llegando a confundir lo real con lo irreal. Los temores que pueden llegar a sentir suelen ser producto de su imaginación. Demuestra sus miedos; son miedos específicos: a la oscuridad, a los animales.



Se refleja claramente en su juego lo que llamamos "juego simbólico", en donde asigna a cada objeto o juguete de su actividad un papel o rol, expresando sus conflictos internos, sus deseos y miedos. Por lo general, le cuesta compartir sus juguetes con otros niños o necesita llevarlos consigo adonde vaya. Son muy sociables. Hay una gran necesidad de afirmarse como persona: ahora es capaz de imitar a los adultos en muchas cosas. La identificación con éstos va a ser fundamental en su evolución. Alrededor de los 4 años, descubrirá de forma natural la diferencia anatómica entre los diferentes sexos, y será uno de los intereses presentes.

De 5 a 6 años

Esta es una edad fácil, más conformista. Los conocimientos adquiridos hasta ahora se organizan y solidifican. El niño expresará en sus dibujos lo que se conoce como "realismo intelectual", es decir, lo que dibuja no es la realidad, sino los objetos tal y como son



para él, expresará con sus dibujos lo que no puede expresar de otro modo.

“NENES CON COLLARES 1”
Valeria Smolinsky

De 6 a 7 años

Hay cambios bruscos, es una edad algo difícil. Se muestra hipersensible, susceptible e irritable. Se producen cambios en el organismo: caen los dientes de leche y empiezan a salir los primeros molares definitivos. Todo el organismo se hace hipersensible.

Se observan bruscos cambios de humor que le hacen rechazarlo todo y no querer nada, seguido de arrepentimientos y acercamiento social.

El niño de esta edad iniciará su etapa en la escuela, muy distinta a la que era en preescolar: ahora se enfrentará a más exigencias. Con frecuencia a esta edad se da una nueva fase de "por qué".¹¹¹

A nivel psicológico sucede algo parecido, por lo que esta etapa de crecimiento se ha llamado "período de madurez infantil". Posee ahora una paciencia y habilidad suficiente, para armar y desarmar cosas complicadas, realizar trabajos con plastilina, pintura, etc., y diversos trabajos manuales.

De 7 a 10 años

Se producen cambios importantes en la inteligencia del niño, disminuye el egocentrismo infantil, sustituido por un sentido crítico en constante aumento. Desaparece el animismo las cosas ya no le parece que están vivas y el niño distingue entre los cuentos, las leyendas y la realidad.

¹¹¹ Información obtenida de la página web: www.saludmental.cl

Puede memorizar toda clase de datos, se interesa por cualquier tema que no sea corriente; los países lejanos, animales extraños, los tiempos prehistóricos etc. No hay otro período en la vida humana en que la memoria mecánica llegue a ser tan grande. El niño sabe de memoria enormes listas de jugadores de fútbol, canciones, anuncios, nombres de compañeros y fechas señaladas.

Hasta los 8 ó 9 años se dan los juegos de azar y de riesgo. Ello prueba que a partir de esta edad, el niño busca vivir momentos de gran tensión. El juego no es sólo un modo de relajar las tensiones infantiles, sino que puede suponer un modo de presentarlas. A los 10 años ya puede darse el gusto de contar relatos con un principio y un final.

10-12 años

La personalidad del escolar debe tener la estabilidad suficiente para soportar la crítica, que dentro del aula va a ser muy fuerte, ya que, por un lado, se enfrentará a la crítica de los adultos y por otro a la de sus compañeros. El juego de grupo facilita el proceso de socialización, en él aparecen las primeras reglas no impuestas por los adultos, representando la afirmación individual y necesidad de no romper con el grupo.

Realiza trabajos sencillos y forma un criterio personal para ellos, las nociones morales han sentado sus bases y darán pie para la siguiente etapa del desarrollo del ser humano, la adolescencia. Una etapa nuevamente complicada.

4. Los Familiares

El embarazo tiene grandes repercusiones en la familia, cada miembro de ella es



afectado de alguna manera. Sin embargo, en los centros hospitalarios, los familiares y amigos suelen ser los usuarios más olvidados, no se les permite participar de este acontecimiento y son alejados de la madre, ya que no se les ofrecen espacios, ya sea de espera, para celebrar el acontecimiento o para meditar o reflexionar ante algún problema.

El proyecto que propongo es un hospital más humano en donde también se tomen en cuenta a estos usuarios, proponiendo salas de espera, lugares especiales donde puedan celebrar los nacimientos con los padres y que se acomoden a sus necesidades, lugares donde puedan acompañar a la familia en el caso de que se haya producido algún problema o muerte de la madre o el niño.

Habrà habitaciones individuales en donde los familiares y amigos podrán participar, siempre guardando el cuidado y seguridad necesarios. La preocupación por estos usuarios, se jerarquiza más aún cuando la población del distrito de San Juan de Miraflores se caracteriza por ser una población migrante de la sierra, que trae sus costumbres, mitos, etc.

Es una población que está acostumbrada a celebrar los nacimientos y a estar acompañada de los seres más queridos y amistades para este gran evento como ellos lo consideran. Además, el hospital contará con salas de juego para niños mientras ellos o sus madres esperan ser atendidos por los médicos, o si se encuentran hospitalizados o en el caso de que los niños estén de visita en el hospital tendrán un lugar para distraerse.

Uno de los objetivos más importante de este hospital es la obtención de la máxima comodidad para los pacientes, para ello lo más importante es crear el ambiente adecuado, debe de crearse un ambiente con una luz natural indirecta, con materiales que

produzcan el mínimo de ruido, para poder conseguir que los neonatos, niños y sus familias estén en un ambiente lo menos hostil.

En el caso de la unidad de neonatología, la unidad será un objetivo muy importante para el entorno, los neonatos son un miembro más que se incorpora a la unidad familiar y se les debe de proporcionar el ambiente para que este acogimiento sea el idóneo, es para ello necesario que se habiliten espacios adecuados para recibir a los familiares y poder charlar con ellos respecto a las características, logros o complicaciones del neonato.

El factor comunicación será lo que permitirá a este Hospital Especializado Materno Infantil, ser un hospital más humano en donde los niños no sientan temor al acudir y no manifiesten un rechazo ante él, y en donde las madres se sientan a gusto y seguras de ir para atender sus partos, sabiendo que no van a estar solas ni aisladas de la familia, sino por el contrario siempre habrá una comunicación entre todos ellos, convirtiendo el del nacimiento es un momento agradable e inolvidable para ellas.

EL DUELO EN LA FAMILIA

La familia también sufre un gran impacto cuando el bebé que con tantas ansias esperaban, muere por diferentes razones. En este caso, ellos se convierten en el consuelo de los padres, y los harán entender poco a poco la noticia, para asimilarla y con el tiempo convencerlos para volver a seguir con los planes y sueños propuestos por ellos.

En el caso de los abuelos, no sólo deben hacer frente al dolor que está experimentando su hijo o hija, sino que además deben enfrentar su propia pérdida y el sentimiento de

haber sido privados de la dicha de ese nieto tan esperado. Los abuelos suelen sentirse impotentes porque no pueden impedir el sufrimiento de su hijo o hija.

A veces, los abuelos no saben cómo brindar su apoyo. Les resulta muy doloroso escuchar por lo que están atravesando sus hijos.

Deben entender que no pueden hacer desaparecer el dolor de los padres, pero sí puede reconocer que el niño fue parte de la familia, aunque sólo fuera por un breve tiempo, y permitir que los padres lamenten la pérdida a su propia manera.

Es como una sombra que les sigue a todas partes. Pero, con el tiempo, la herida cicatriza y poco a poco vuelven el deseo y la capacidad para seguir adelante con la vida. Dado que el proceso de duelo es algo muy personal y una experiencia individual, no tiene una duración definida. La herida tardará en cicatrizar el tiempo que sea necesario y desaparecerá el dolor.¹¹²

EL DUELO ES UN PROCESO

La muerte de un bebé es un momento muy impactante frustrante para los padres y la familia en general. Una vez comunicada la noticia por parte del médico, los padres necesitan un tiempo de aceptación de la noticia.



y

¹¹² Fuente: Libro de Rana K. Limbo y Sara Rich Wheeler, *When a Baby Dies: A Handbook for Healing and Helping*, 1995.

La muerte de un niño, ya sea recién nacido, con pocos meses de vida o años, afecta profundamente las perspectivas de la familia, los planes, los sueños. Los padres que han perdido un niño llevarán con ellos ese dolor durante el resto de sus vidas. Esto se llama la "sombra del dolor".

Pero, no sólo la muerte es una noticia que puede afectar a los padres, sino también cuando los niños nacen son Síndrome de Dawn, con alguna malformación congénita, con algún tipo de invalidez o impedimento físico. Por ello, es recomendable que el médico sea lo suficientemente racional para transmitir esta noticia, al igual que debe de hacerlo en un lugar especial y pensado para que los padres puedan reflexionar y meditar sobre "su realidad", un lugar pensado para el encuentro emocional y espiritual de la familia y el ser querido.

No se puede negar que la muerte de un bebé les cambia la vida. Sus "reglas" y maneras de interactuar con el mundo serán diferentes de ahora en adelante. Pero ese cambio sirve como testamento permanente de la existencia de su bebé. Lo importante para los padres que sufren la pérdida de un bebé es darse cuenta de que pueden sobreponerse a su dolor y que lograrán sanar la herida. Entender que el dolor es un proceso puede ayudar a evitar el sentimiento de impotencia y a brindar cierta dosis de consuelo, esperanza y paz.

Para que la herida cicatrice, antes tiene que doler. Es posible que se experimente el dolor como una depresión, desarrollando enfermedades físicas, olvidándose de las cosas y teniendo dificultades para concentrarse, sintiéndose enojados con ellos mismos, con la pareja o con Dios, o sintiendo culpabilidad. Los sentimientos de culpa por las cosas que ocurrieron durante el embarazo pueden ser una manera de intentar encontrar una razón para justificar lo que ocurrió.

LOS HOMBRES Y LAS MUJERES LIDIAN DIFERENTE

Esto obedece a diferentes razones. Las diferencias de personalidad y la manera en que fueron criados, además de la intensidad del vínculo que tenían con el bebé, son los factores principales.

Por lo general, las mujeres son más expresivas y más emocionales respecto de su pérdida y es más probable que busquen el apoyo de los demás. Como la sociedad espera que los hombres sean fuertes y que no muestren sus emociones, la mayoría de las veces llevan su alegría o duelo en forma más solitaria e intelectual.

También existen diferencias porque el vínculo que los padres experimentan con el bebé es de distinta intensidad. El vínculo entre una mujer embarazada y el bebé que crece en su interior es único y se vuelve más intenso a medida que avanza el embarazo.¹¹³

Para el padre, el bebé puede parecer menos "real", aunque puede comenzar a formar un vínculo con él durante el embarazo a medida que va percibiendo las señales físicas del bebé, por ejemplo al ver una ecografía o al sentir las pataditas del bebé en la barriga, el apego real del padre a veces no se desarrolla hasta que el bebé ha nacido.

5. El Personal en Clínicas y Hospitales

Son varios los tipos de profesionales que forman el equipo de trabajo, por la cantidad de personas que pueden reunirse en un Hospital o Clínica y por los diferentes profesionales que trabajan en ella, cada uno de los cuales tiene premisas y objetivos diferentes,

¹¹³ Fuente: Libro de Rana K. Limbo y Sara Rich Wheeler, *When a Baby Dies: A Handbook for Healing and Helping*, 1995.

debido al tipo de formación que reciben, lo que redundaría en su identificación frente a la institución.

El personal parte de un establecimiento de Salud se puede agrupar en tres grupos:

- Personal Médico
- Personal Asistencial, técnicos y Paramédico
- Personal Administrativo

Se distribuye de esa manera por considerar que estos tres grupos tienen diferentes características, por lo tanto diferentes expectativas, diferentes responsabilidades y roles dentro de las instituciones de salud.

5.1 El Personal Médico

5.1.1 El Hombre, La Responsabilidad y Los Daños

“¿...Quieres ser médico, hijo mío? Aspiración es ésta de un alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia. Deseas que los hombres te tengan por un dios que alivia sus males y ahuyenta de ellos el temor. Pero ¿has pensado en lo que va a ser tu vida? ...”

“...No cuentes con el agradecimiento de tus enfermos. Cuando sanan, la curación se debe a su robustez; si mueren, tú eres quien los ha matado. Mientras están en peligro, te tratan como a un dios: te suplican, te prometen, te colman de halagos. Apenas empiezan a convalecer, ya les estorbas. Cuando les hablas de pagar los cuidados que les has prodigado, se enfadan y te denigran. Cuanto más egoístas son los hombres, más solicitud exigen...”

A grandes rasgos puede señalarse que la Historia de la Responsabilidad Médica acompaña a la propia Historia de la Medicina. Las primeras atenciones médicas fueron curaciones de heridas y con métodos poco racionales. Los errores médicos de entonces ya tenían sanciones, pero eran tan drásticas como el propio daño ocasionado.

El desarrollo de la medicina desde la antigüedad hasta el presente, desde lo empírico hasta lo racional, incluye los períodos en que el quehacer profesional era regido por normas éticas y la responsabilidad profesional juzgada por la conciencia.

El hito trascendente de esta historia fue el dictamen del Fiscal Dupin,¹¹⁴ Procurador General de Francia, quien en 1833 al respecto del primer juicio al médico que había amputado 2 miembros del feto para facilitar el trabajo de parto, señaló: “el médico como profesional” cae en la obligación del derecho común siendo responsable por los daños que pueda provocar su negligencia, ligereza o ignorancia inexcusable de cosas que necesariamente debe saber”.

El resolver aquí y ahora es una característica de la profesión médica, pues a pesar de los adelantos, la decisión sigue siendo difícil de compartir, ya que toca el lado humano, incluyendo el compromiso con el paciente, el estado anímico del médico, sus problemas personales. Es por ello, que el médico como humano también se convierte en un paciente de su propia enfermedad y que todavía debe ser capaz de tratar la enfermedad de sus enfermos. La infraestructura hospitalaria debe contar con esos espacios donde el médico pueda reflexionar y relajarse de las actividades médicas a las que ha estado sometido durante el día y poder así impedir que el stress influya en su actividad. Lo más común es la deshumanización de la medicina, la alteración de la relación médico-enfermo y, fundamentalmente, la pérdida de identidad de ambos.¹¹⁵

El médico, la enfermera, el camillero, el analista, etc., se integran como profesionales dentro de los distintos centros e instituciones que configuran los servicios sanitarios. No son los servicios los que deben actuar para el médico, sino al revés. El médico, como

¹¹⁴ VELOSO DE FRANCA, Genival: Decreto médico, 7ta. edición, Sao Paulo, Fundo editorial BYK

¹¹⁵ Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - Nº 6, Diciembre 2002

profesional sanitario, debe aportar sus conocimientos y aptitudes. Todo ello lleva a considerar que la actuación médica integrada en un centro asistencial no es la de un autómatas, sino la de un ser humano responsable que asume obligaciones, entre las que se hallan la de contribuir al funcionamiento del servicio sanitario.

Es importante destacar que trabajar en equipo, si bien supone la división de la responsabilidad, no comporta su extinción. Cada miembro del equipo médico es responsable de la tarea que tiene asignada, y también de la coordinación con los demás integrantes del equipo. Hoy tenemos que el exponencial crecimiento de las demandas formuladas frente al personal sanitario se debe a la ausencia o deficiencia de la información facilitada al paciente o usuario de los servicios sanitarios.¹¹⁶

La obligación puede ser asumiendo el compromiso de atender al paciente logrando su recuperación aunque dicho resultado no pueda ser asegurado logrando de una manera directa y efectiva una mejora o acondicionamiento de la salud¹¹⁷.

Cada acto médico tiene sus singularidades: unos son simples, otros complejos mientras que otros son altamente riesgosos. A ello debe sumarse la receptividad del paciente, es decir la forma como responde al tratamiento, y es que para determinar una responsabilidad el acto del médico debe tener una relación con el daño.

El médico no podrá ser obligado a ejercer el acto médico, si las condiciones de infraestructura, equipo o insumos no garantizan una práctica ética e idónea, salvo por

¹¹⁶ GALÁN CORTES, Julio César: Responsabilidad médica y consentimiento informado, Madrid, Ed.Cívitas, 2001

¹¹⁷ LORENZETTI, Ricardo Luis: Responsabilidad civil de los médicos, Buenos Aires, Rubinzal Culzoni

motivos de emergencia médica. En este sentido, existe una distinción entre los daños causados “con las cosas” y daños causados “por las cosas”.¹¹⁸

5.2 Personal asistencial, técnico y paramédico

Los trabajadores que pertenecen a esta tipología son los siguientes:

- Tecnólogos médicos
- Asistentes dentales
- Enfermeras
- Obstétricas
- Nutricionistas
- Técnicas de Enfermería
- Paramédicos
- Técnicos de Laboratorio
- Podólogos

Sus labores son complementarias al trabajo de los médicos. Directamente relacionados con el trabajo médico están las Enfermeras, Técnicas de Enfermería, Paramédicos y Asistentes dentales, los indirectamente relacionados son los que no hacen un trabajo conjunto con los médicos pero si trabajo complementario a pesar de ser considerados como procesos paralelos como labores relacionadas a exámenes auxiliares, análisis clínicos, nutrición, etc.

¹¹⁸ Sociedad Peruana de Derecho Médico SODEME

Las expectativas personales del personal asistencial se basa en el aspecto de la retribución económica, además incide también en su desempeño. La principal razón por la que son afectados es básicamente por las jornadas laborales que realizan de permanencia continua.

La responsabilidad de este personal es directa con el paciente y complementaria, el personal asistencial esta formado para trabajar en función de apoyo, por ello se debe de trabajar con la finalidad de lograr una identificación con la organización de salud.

El rol del personal asistencial dentro de las instituciones de salud es de suma importancia, son los que trabajan en colaboración directa con los médicos y los pacientes. También son un medio de comunicación con los pacientes, de ellos depende el prestigio de la Institución.

5.2.1 Enfermería en Maternidad y en Neonatología

“... la asistencia de la maternidad empieza con la *salud* y la *educación* de los futuros padres...”

“Enfermería en Maternidad” es el cuidado que la enfermera presta a la futura madre durante el embarazo, así como a su hijo, durante el parto y el puerperio. También incluye ayuda al médico en la asistencia que él brinda durante este período. Requiere establecer con las gestantes y sus familias una relación de confianza y entendimiento, reconocer las necesidades, los problemas y actuar en base a conocimientos, juicio, medios disponibles y recursos para crear de esta manera un clima de armonía y seguridad.

El fin de la asistencia de la Enfermería en Maternidad es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas y salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible.¹¹⁹

El cuidado de la salud que recibe la gestante durante el embarazo comienza con la asistencia prenatal, en donde el personal de Enfermería debe basar su accionar sobre un proceso continuo de situaciones de aprendizaje, cuyo fin será reafirmar o lograr cambios de actitud o de conducta de la gestante y del núcleo familiar.

Las acciones que Enfermería desempeña dentro de las Áreas de Consultorios Externos, Salas de Internación (salas de Pre-parto y Parto, de embarazo y de puerperio), se podría dividir en educación incidental y educación sistemática. Se entiende por:

- Educación incidental, se realiza durante el desarrollo del trabajo diario, se aprovechan las situaciones adecuadas que se presentan para realizar enseñanza mediante charlas casuales.
- Educación sistemática, se realiza de manera formal, con una metodología de trabajo y tiempo previsto, con objetivos y fines explícitos.

ACCIONES DE EDUCACIÓN REALIZADAS POR ENFERMERÍA EN CONSULTORIOS EXTERNOS

Como la Enfermera es una de las primeras personas a quien ve la embarazada en su primera visita al médico, puede inmediatamente hacer que la madre se sienta cómoda y tranquila, entablando confianza y entendimiento hacia la futura madre.

Depende de cómo se realice el primer contacto, para que el paciente retorne o no a la institución.

¹¹⁹ Fuente: “La Enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar”, M. E. Pérez

El personal de enfermería debe señalar a la embarazada la importancia de realizar el control prenatal, la importancia del mismo sobre su salud y la del bebé, también debe realizar el control de peso y talla, de tensión arterial, el de ayudar al obstetra en el examen ginecológico, etc. Durante las charlas con la Embarazada, se la debe motivar para que concurra al curso de preparación para la maternidad, que tiene como finalidad la integración de toda la familia; preparación de la pareja.

ACCIONES EDUCATIVAS REALIZADAS POR ENFERMERÍA A LA EMBARAZADA EN LA SALA DE INTERNACIÓN

Cuando se produce la internación, la embarazada suele estar un poco temerosa y aprensiva, especialmente si es su primera experiencia hospitalaria. Es importante que la Enfermera que recibe a la madre la salude afectuosamente, presentándose y haciendo todo lo posible para que se sienta cómoda y tranquila, informarle a ella, a su esposo y familiares que la acompañan, los reglamentos de la institución: horario de visitas, trámites administrativos, etc., respondiendo a todas las preguntas que puedan realizar.

A las embarazadas de alto riesgo se les brindará información concisa y concreta de la patología que presentan en charlas programadas conjuntamente con el equipo médico que las controla.

ACCIONES DE EDUCACIÓN EN SALA DE PRE-PARTO Y PARTOS

La Enfermera debe recordar que ante la inminencia del parto, surgen las tres ansiedades básicas de toda gestante: a) miedo al dolor, b) miedo a un hijo con problemas y c) miedo a morir en el parto.

Las ansiedades a lo largo de todo el embarazo, son vividas con mayor intensidad durante el trabajo de parto, agregándose las específicas que aparecen en el mismo. Se le explica

el sentido de las diversas maniobras médicas en los distintos momentos del trabajo de parto. Se le enseña a relajarse entre una contracción y otra, a respirar durante las mismas, etc. La enfermera deberá brindar información a los familiares que permanecen en la sala de espera, informándoles acerca de la parturienta, cómo se encuentra, cómo evoluciona el parto, tratando de calmar la ansiedad que surge ante el proceso.

ACCIONES DE EDUCACIÓN EN LA SALA DE PUERPERIO

Aquí la Enfermera deberá trabajar con la puérpera acerca de los cuidados hacia ella y la atención del recién nacido. Orientar sobre la manera de colocar al niño al pecho, la importancia de que lo amamante, características de la leche materna, etc.

La madre experimenta un sentimiento depresivo; es tan común este sentimiento que ha sido llamado depresión post-parto y suele presentarse al tercer o cuarto día después del mismo. La Enfermera debe ofrecer a la madre apoyo y orientación mientras aprende su nuevo rol y la tranquilizará explicándole lo que le está sucediendo, podrá animarla a hablar de sus emociones, mostrando interés y comprendiendo lo que escucha.

ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA

Poco se ha hablado hasta el momento de la Enfermería en Neonatología. Quizás sea dentro del equipo de trabajo multidisciplinar en estas unidades, los profesionales más implicados en que los pacientes lleguen a un buen fin.

La función de la enfermera en los servicios de neonatología está fundamentada en la identificación, el seguimiento y control de los cuidados de salud de los neonatos. Esta definición viene definida por el concepto de cuidados y se define como todas aquellas intervenciones de salud y promoción de esta, específicas de los niños recién nacidos.

Los límites del profesional de Enfermería en los servicios de neonatología deben de ir definidos por el nivel de preparación y pericia del profesional. Comienzan desde que el

neonato toma contacto con el mundo exterior, hasta que cumple un mes de edad. Conlleva cuidados desde los más básicos de protección e higiene de la salud hasta los más específicos de mantenimiento de la vida en condiciones óptimas.¹²⁰

5.2.2 Técnicos

Tienen casi las mismas funciones que el personal de enfermería y pueden compartir los mismos espacios. Sin embargo, de acuerdo al área de trabajo en el que se encuentren ya sea en los laboratorios o los talleres de mantenimientos, necesitan sus propios espacios como vestuarios, estar, oficinas, etc.

Al tener un trato cercano con los pacientes, el personal técnico debe tener la suficiente capacidad ética y moral para entablar relaciones con los pacientes de manera de transmitir confianza y dominio del tema. La experiencia en muchas ocasiones viene ligada a los años de experiencia, pero esta circunstancia puede ser errónea, la experiencia viene dada por el grado de conocimiento y aplicabilidad sobre un cuidado específico.

Además, también viene dada por el grado de implicación que el profesional tiene con su paciente que en esta área es muy compenetrada. Este personal técnico tendrá la misma circulación que el personal médico y de enfermería y se les aplica el mismo concepto de asepsia.

5.3 El Personal de apoyo

5.3.1 Personal Administrativo

- Los trabajadores que pertenecen a esta tipología son los siguientes:
- Administradores

¹²⁰ Fuente: Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 1996, XV, N°3

- Economistas
- Programadores
- Auditores Médicos
- Recepcionistas
- Cajeros
- Auxiliares de archivo
- Secretarias
- Choferes
- Profesionales en Marketing
- Contadores
- Comunicadores

Sus labores son la base del funcionamiento de la institución de salud, en ellos recae el manejo institucional, la visión global de la organización, su dedicación es exclusiva y directa, dentro de este grupo están los que desarrollan labores estratégicas de dirección y planeación, y los que realizan labores operativas. También se conoce con el nombre de personal de soporte o de apoyo, por ser el equipo que da el soporte a todo el funcionamiento de la organización de salud. A diferencia del grupo de personal asistencial, se encuentra en otro orden jerárquico dentro de la organización y bajo perspectiva deben ser evaluados y motivados.

La responsabilidad de este personal no es directa con el paciente, el personal administrativo esta formado para trabajar en función de equipo de trabajo. De ellos dependerá la planeación y ejecución de los planes. Trabajan en colaboración directa con la Dirección y La Gerencia.

5.4 El personal de Intendencia

5.4.1 De Servicio

Dentro del personal de servicio encontramos a los que realizan funciones de limpieza, a los encargados de la cocina, la lavandería, seguridad, mantenimiento, etc.

Su desplazamiento se da por una circulación exclusiva para ellos, donde no hay relación directa con los pacientes, evitando así algún tipo de contaminación y cruce de circulaciones.

5.4.2 Proveedores

Tendrán su propio ingreso, que será por el ingreso de emergencia del Hospital María Auxiliadora, que a la vez es su ingreso de servicio. Las empresas proveedoras traerán lo materiales y/o productos requeridos por el hospital, los cuales serán controlados y evaluados en la oficina de control, ubicada al ingreso de este servicio.

6. Diferencias de roles y funciones

Los roles del personal que componen la organización de salud, son variables y todos presentan igual importancia y son absolutamente complementarios, para ello podemos agruparlas de la siguiente manera:

· PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE:

Brindan la atención directa a los pacientes, son responsables de la satisfacción del mismo, tomando en cuenta que son los que dan la cara al paciente y por lo tanto tienen que dar un trato amable y esmerado.

- Médicos
- Odontólogos

- Tecnólogos
- Técnicos de laboratorio
- Nutricionistas
- Recepcionistas

· PERSONAL DE APOYO EN LA ATENCIÓN:

Lo conforman todos aquellos que brindan ayuda a los que tienen trato directo con los pacientes, trabajan directamente con los responsables de brindar el servicio al paciente y bajo sus ordenes, lo que supone que su responsabilidad es directa con el responsable del servicio.

- Enfermeras
- Técnicas enfermería
- Asistentas dentales

· PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN:

Su rol es planificar el desarrollo de la institución en su conjunto. Brindan soporte al funcionamiento de la organización, deben mantener la operatividad de la organización en su conjunto, su responsabilidad está orientada con la organización y no directamente con los pacientes.

- Administradores
- Economistas
- Ingenieros de Sistemas
- Comunicadores
- Profesionales de Marketing
- Secretarias
- Contadores

7. Conclusiones

Actualmente la recuperación de un paciente, que es el principal objetivo de todo establecimiento de Salud, depende en gran medida de las características físicas del ambiente donde se encuentre, de la facilidad de acceso de amigos, de la existencia o no de elementos perturbadores, del grado de privacidad. Es decir, de lo bien que pueda sentirse el paciente dentro del hospital.

El estudio del usuario y sus características ayudan a establecer la mejor manera de influir positivamente en su estado emocional a través de la arquitectura.

Todo establecimiento de Salud cuenta con tres usuarios básicos, el paciente, el profesional y el visitante. En el caso del Hospital Especializado Materno Infantil, el paciente es la mujer en edad fértil y el niño, ambos son los principales protagonistas. Además, los familiares y amigos también serán tomados en cuenta de manera de no perder el factor de comunicación entre los usuarios y entre la arquitectura.

Habrán espacios como Salas de Espera, Salas de Juegos o Playgrounds, Lugares de Meditación y reflexión, salas de charla, de confort del personal para los padres como para los demás usuarios, con un lenguaje arquitectónico apropiado para cada usuario.

En este capítulo se ve la importancia del factor emocional para la madre, el padre, los niños, el personal. Es este factor el que puede ser manejado por medio de la arquitectura y que permitirá que sea un hospital más humano y abierto a la ciudad.

CAPÍTULO 14

LUGAR DE ESTUDIO

1. Expediente Urbano

1.1 Características Arquitectónicas y Tipológicas de la Zona

Anterior a la creación del Hospital el entorno urbano circundante tenía una zonificación RI, y se localizaban viviendas tipo chalet de 2 pisos. Las actividades comerciales eran incipientes, se localizaba sólo comercio en la Av. Pachacútec, siendo la población circundante de clase media baja.

La avenida Pachacútec pasó a ser una vía arterial principal, ya que es el principal eje vial receptor del cono sur. El volumen de la Av. Miguel Iglesias por ser una arteria secundaria aumentó debido a la creación de asentamientos humanos a lo largo de su eje. Su prolongación llega hasta Villa El Salvador donde recibe el nombre de Av. Pastor Sevilla.

Desde la creación del Hospital, el entorno urbano circundante ha sufrido modificaciones sobre su uso y normatividad en los frentes que dan a la Avenida Pachacútec y a la Av. Miguel Iglesias. Cambió el uso del entorno inmediatamente siendo este heterogéneo, se

acentuaron actividades complementarias como farmacias, Policlínicos, Centros Médicos, servicios funerarios, hostales, restaurantes, comercio ambulatorio diverso, etc.

Las autoridades Municipales cambiaron la zonificación a R3 y posiblemente cambie a C2, la altura de edificación se elevó a 4 pisos, el panorama urbano se modificó con la presencia de ambulantes.

1.2 Planos

Los planos se presentan a continuación en el siguiente orden:

1.2.1 <u>Zonificación</u>	441
1.2.2 <u>Flujo Vehicular</u>	442
1.2.3 <u>Equipamiento Urbano</u>	443
1.2.4 <u>Uso de suelos</u>	444
1.2.5 <u>Altura de Edificación</u>	445

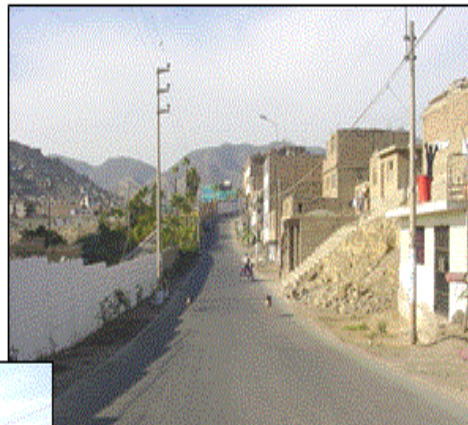
2. Terreno

Los planos se presentan a continuación en el siguiente orden:

2.1 <u>Accesibilidad</u>	446
2.2 <u>Plano del terreno</u>	447
2.3 <u>Plano topográfico</u>	448

2.4 Levantamiento Fotográfico del Entorno

Calle Cabrera



Calle Lateral



Av. Los Héroes



**HOSPITAL
MARÍA
AUXILIADORA**



Av. Miguel Iglesias

2.5 Levantamiento Fotográfico del Terreno



CAPÍTULO 15

PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

1. Conceptos propuestos

HISTÓRICO:

- Parteras: tradición: confianza, seguridad
- Ritos y costumbres: costumbres mágicas, dioses.
- Naturaleza: origen de la vida, cercanía a ella.
- Tecnología: miedo, seguridad.
- Familiaridad.
- Evento de mujeres.

PUESTA EN ESCENA:

- Celebración: Espacios de celebración en donde el papá y familiares celebren en nacimiento de un nuevo miembro de la familia.
- Meditación: Espacios de meditación en donde el papá y familiares tengan un lugar para reflexionar sobre la muerte del recién nacido e incluso el de la madre.
- Ritos: Espacios para la realización de ritos y/o costumbres de las familias.

- Dolor
- Cambios temperamentales
- Marketing: de la familia para expresar el acontecimiento
- Lugar del parto: sensación de abrigo, calor, familiaridad.
- Padre con papel protagónico, participa del parto.

RELACIÓN PACIENTE-MÉDICO:

- Confianza: espacios donde haya una integración de ambos y no se vea al profesional como un personaje aislada.
- Control
- Ambigüedad
- Miedo
- Vergüenza

RELACIÓN MADRE-NIÑO:

- Protección: abrigo
- Mimesis: en donde aquel binomio deja d ser como tal para convertirse en una unidad.
- Transformación: todas las etapas de crecimiento del niño durante la etapa del embarazo.
- Ofrenda de dioses, regalo de la naturaleza.

NIÑO:

- Descubrimiento: observación continua del niño, cuestionamientos.
- Diversión
- Movimiento
- Temor

- Curiosidad

MÉDICO:

- Tensión, stress: lugares anti-stress
- Celebración: por el éxito del nacimiento
- Introspección: analiza lo realizado, se auto-cuestiona y se auto-califica
- Máquina: cuando tiene más de dos partos y/o intervenciones quirúrgicas diarias
- Vanidad

TIEMPO:

- Velocidad: rapidez para la atención de los partos.
- Riesgo: lo que el parto involucra.
- Tensión: espera constante
- Espera

GENÓMA:

- Código humano.

MUTACIÓN:

- Cambios en el fenotipo humano, de aquellos caracteres hereditarios.
- Espacios, patios articulados, transformables.

Lo que quiero lograr son espacios ordenados, que sigan algún tipo de eje o concepción y en donde no se pierdan las costumbres y tradiciones de las madres, ya que hay una alta población migrante. Espacios en los que se sientan como en su casa, que les de la

sensación de comodidad y abrigo. También lograr un trabajo paisajista en una zona que carece de carácter urbano, mediante una sucesión de patios abiertos.

2. Programación

El programa arquitectónico del Hospital Especializado Materno Infantil surgió en base al análisis realizado de los diferentes programas de algunos hospitales maternos infantiles de la ciudad, además de consultas a diversos documentos que determinan y especifican las áreas aproximadas que requiere cada unidad componente de un hospital.

Además, las áreas fueron resultado de una serie de cálculos sobre la población materno infantil a ser atendida en el distrito de San Juan de Miraflores, lo que determinó el número de camas, de consultorios, de salas de parto, etc.

Finalmente, se hicieron consultas a médicos especializados, directores de hospitales, sobre las áreas, cantidades y espacios necesarios para el hospital, ya que al ser profesionales que están día a día con los pacientes, conocen mejor que nadie, las carencias de infraestructura que impiden una buena atención.

Estas carencias algunas veces difieren de los cálculos y normas establecidas, sin embargo se ha llegado a realizar un programa que cumple tanto con las normas arquitectónicas para infraestructuras hospitalarias así como con las verdaderas necesidades de la población.

El Hospital Especializado Materno Infantil, cuenta con las siguientes unidades: Unidad de Consulta Externa, Unidad de Ayuda al Diagnóstico y al Tratamiento, Unidad de Administración, Área Pública, Unidad de Emergencia Pediátrica y

Gineco-Obstétrica, Unidad de Centro Obstétrico, Unidad de Centro Quirúrgico Pediátrico y Gineco-Obstétrico, Unidad de Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Gineco-Obstétricos, Unidad de Hospitalización, Unidad de Docencia, Áreas Complementarias, un Centro de Esterilización y Ensamblaje y la Unidad de Servicios Generales.

Cada una de estas unidades funcionan como bloques autónomos. Sin embargo, el Hospital Especializado Materno Infantil comparte la Lavandería, algunos talleres, la Unidad de Rehabilitación, Necropsias especializadas y la zona de estacionamiento con el Hospital María Auxiliadora.

2.1 Programa de Áreas

UNIDAD PÚBLICA

El área pública se ubica en el ingreso principal del hospital, en la Av. Miguel Iglesias, cuenta con:

ZONA PÚBLICA				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
PRIMER PISO	Hall, informes, espera y playground	1	233.70 m ²	233.70 m ²
	SH. Pub. 1 (H y M) y Cto. Limp.	1	35.30 m ²	35.30 m ²
				269.00 m ²
SEGUNDO PISO	Espera, seguros y afiliaciones	1	93.40 m ²	93.40 m ²
	SH. Pub. 2 (H y M) y Cto. Limp.	1	35.70 m ²	35.70 m ²
				129.10 m ²
ÁREA PARCIAL				398.10 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				517.50 m ²

UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN

Se ubica al lado derecho del ingreso principal del hospital, formando un bloque administrativo y está compuesto de tres pisos. Consta de los siguientes espacios:

UNIDAD ADMINISTRATIVA				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
PRIMER PISO	Espera, informes y citas	1	52.00 m ²	52.00 m ²
	Secretaría	1	12.10 m ²	12.10 m ²
	Directorio y SH.	1	25.60 m ²	25.60 m ²
	Sub-Directorio y SH.	1	17.50 m ²	17.50 m ²
	Sala de Reuniones	1	27.20 m ²	27.20 m ²
	Estar Médico	1	36.90 m ²	36.90 m ²
				171.30 m²
SEGUNDO PISO	Secretaría	1	13.50 m ²	13.50 m ²
	Estar Médico	1	22.00 m ²	22.00 m ²
	Oficina Jefe Obstetiz	1	13.00 m ²	13.00 m ²
	Oficina Enfermera Supervisora	1	12.20 m ²	12.20 m ²
	Oficina Personal	1	8.90 m ²	8.90 m ²
	Oficina Contador	1	8.10 m ²	8.10 m ²
	Oficina Contabilidad	1	17.40 m ²	17.40 m ²
	Depósito	1	5.60 m ²	5.60 m ²
	SH. Pers. Adm. (H y M) y Cto. Limp.	1	10.70 m ²	10.70 m ²
				111.40 m²
TERCER PISO	Espera	1	22.00 m ²	22.00 m ²
	Secretaría	1	13.60 m ²	13.60 m ²
	Estar Médico y Personal Administrativo	1	53.90 m ²	53.90 m ²
	Oficina Administrativa	1	13.00 m ²	13.00 m ²
	Oficina Relaciones Públicas	1	12.20 m ²	12.20 m ²
	Oficina Compras, Presupuesto y Planillas	1	8.90 m ²	8.90 m ²
	Oficina Logística	1	8.10 m ²	8.10 m ²
	Sala de Cómputo	1	17.40 m ²	17.40 m ²
	Centro de Investigación	1	41.70 m ²	41.70 m ²
	SH. Pers. Adm. (H y M) y Cto. Limp.	1	10.70 m ²	10.70 m ²
				201.50 m²
ÁREA PARCIAL				484.20 m²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				629.50 m²

UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA

Por un lado forma parte del sótano del hospital y por el otro viene a ser el primer piso ya que está a nivel con la Unidad de Consulta Externa del Hospital María Auxiliadora. Su forma radial, permite un mayor control sobre los usuarios.

Este bloque está compuesto por un gran espacio de espera central, el cual se complementa con playgrounds para los niños y funciona como un espacio de

articulación y distribución hacia otras unidades. Los consultorios están diseñados y pensados para el usuario materno infantil. Esta unidad trabaja como bloque independiente, con su propia zona administrativa y de confort médico. Cuenta con los siguientes espacios:

UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y AL TRATAMIENTO

Está compuesta a su vez, por cuatro grandes unidades que trabajan de manera autónoma, como son: Diagnóstico por Imágenes, Banco de Sangre, Patología Clínica y Anatomía Patológica. Cada una de estas unidades tienen patios de área verde, con tratamiento paisajístico que permite una buena iluminación y dan un ambiente de tranquilidad tanto para el paciente como para el personal que ahí trabaja. El bloque de Diagnóstico por Imágenes, es un bloque prácticamente cerrado por el hecho de que los equipos que lo conforman emiten ciertas radiaciones que pueden ser perjudiciales para los pacientes como para el personal. Cuenta con una zona pública, zona de trabajo médico, y el confort médico que incluye una pequeña zona administrativa. Está compuesto por:

UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO				
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Hall, control, camillas y sillas de ruedas	1	42.40 m ²	42.40 m ²
				42.40 m ²
ZONA DE EVALUACIÓN	Preparación y recuperación pacientes	1	12.60 m ²	12.60 m ²
	Espera camillas	1	7.80 m ²	7.80 m ²
	Sala de Ecografías y SH.	1	48.30 m ²	48.30 m ²
	Oficina ecógrafo	1	9.60 m ²	9.60 m ²
	Sala Rayos X, comando y SH.	1	32.20 m ²	32.20 m ²
	Tomógrafo, comando y SH.	1	44.10 m ²	44.10 m ²
	Mamógrafo	1	15.70 m ²	15.70 m ²
	Densitometría	1	19.90 m ²	19.90 m ²
	Radiofarmacia (Isótopos)	1	25.60 m ²	25.60 m ²
	Rayos X móvil	1	4.90 m ²	4.90 m ²
	Cuarto Limpieza	1	3.20 m ²	3.20 m ²
				223.90 m ²
ZONA TRABAJO MÉDICO	Oficina de Interpret. y Criterio y Almacén	1	26.00 m ²	26.00 m ²
	Oficina de Interpret. y Form. Dx. y Almacén	1	31.70 m ²	31.70 m ²
	Archivo de Placas	1	39.30 m ²	39.30 m ²
	Preparación de medios	1	10.60 m ²	10.60 m ²
	Cuarto Revelado	1	5.40 m ²	5.40 m ²
	Cuarto Limpieza	1	2.30 m ²	2.30 m ²
				115.30m ²
CONFORT MÉDICO	Secretaría	1	7.40 m ²	7.40 m ²
	Estar Médico	1	35.30 m ²	35.30 m ²
	Jefatura	1	10.40 m ²	10.40 m ²
	Oficina Jefe Radiólogo	1	8.50 m ²	8.50 m ²
	Sala de Reuniones	1	18.80 m ²	18.80 m ²
	SH/ Vest. Pers. Méd. (H y M)	1	33.40 m ²	33.40 m ²
				113.80 m ²
ÁREA PARCIAL				495.40 m ²
30% Muros y Circulaciones				450
ÁREA TOTAL				644.00 m ²

Según el Reglamento de “Las Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria”, y de acuerdo a la cantidad de camas, el hospital requiere de un bloque de Banco de Sangre, además al ser el principal usuario la madre y el niño, se necesitan numerosos exámenes de sangre al igual que los pacientes internados.

Cuenta con una zona pública, que comparte con el bloque de Patología Clínica, y desde la cual se van filtrando los pacientes hasta la zona de exámenes, cuenta también con una zona de trabajo médico, y el confort médico que incluye una pequeña zona administrativa. Está compuesto por:

UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO				
BANCO DE SANGRE				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Admisión	1	27.90 m ²	27.90 m ²
	Sala Espera pacientes	1	12.70 m ²	12.70 m ²
	Playground	1	18.00 m ²	18.00 m ²
				58.60 m ²
ZONA TRABAJO MÉDICO	Toma de Muestras y SH. (H y M)	1	25.70 m ²	25.70 m ²
	Recepción y Tipificación	1	11.60 m ²	11.60 m ²
	Laboratorio	1	13.90 m ²	13.90 m ²
	Banco de Sangre	1	20.80 m ²	20.80 m ²
	Depósito materiales e insumos	1	6.40 m ²	6.40 m ²
	Depósito equipos	1	8.40 m ²	8.40 m ²
	Sala de Conservación y Depósito	1	13.70 m ²	13.70 m ²
				100.50 m ²
ZONA TRABAJO	Lavado	1	4.70 m ²	4.70 m ²
	Esterilización y Dep. Mat. Esterilizado	1	8.70 m ²	8.70 m ²
	Cuarto Limpio	1	5.00 m ²	5.00 m ²
	Cuarto Sucio	1	4.70 m ²	4.70 m ²
	Cuarto Séptico	1	4.70 m ²	4.70 m ²
	Lavachatas	1	5.10 m ²	5.10 m ²
				32.90 m ²
CONFORT MÉDICO	Secretaría	1	9.80 m ²	9.80 m ²
	Estar Médico	1	9.20 m ²	9.20 m ²
	Jefatura	1	10.50 m ²	10.50 m ²
	Sala de Reuniones	1	10.60 m ²	10.60 m ²
	SH/ Vest. Pers. Méd. (H y M) y Cto. Limp.	1	33.80 m ²	33.80 m ²
				73.90 m ²
ÁREA PARCIAL				265.90 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				345.70 m ²

El bloque de Patología Clínica, está compuesto por una serie de laboratorios a los cuales sólo deberá tener acceso el personal que ahí trabaja, por lo que también se filtrarán los pacientes desde el hall compartido con Banco de Sangre.

Al ser zonas un poco traumáticas para el niño, cuentan con playgrounds con juegos pasivos para su distracción. Cuenta con una zona de trabajo médico, y el confort médico que incluye una pequeña zona administrativa. Compuesto por:

UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO				
PATOLOGÍA CLÍNICA				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Hall, control, camillas y sillas de ruedas (Compartido con Banco de Sangre)	1	74.60 m ²	74.60 m ²
	Admisión	1	27.90 m ²	27.90 m ²
	Sala Espera pacientes	1	16.70 m ²	16.70 m ²
	Playground	1	18.00 m ²	18.00 m ²
				137.20 m ²
ZONA TRABAJO MÉDICO	Toma de Muestras Ginecológicas y SH.	1	18.50 m ²	18.50 m ²
	Cubículos Toma de Muestras y SH. (H y M)	1	29.10 m ²	29.10 m ²
	Laboratorio de Orina	1	19.00 m ²	19.00 m ²
	Laboratorio de Hematología	1	19.20 m ²	19.20 m ²
	Laboratorio de Bioquímica	1	20.10 m ²	20.10 m ²
	Laboratorio de Microbiología	1	32.00 m ²	32.00 m ²
				137.90 m ²
ZONA TRABAJO	Lavado	1	6.90 m ²	6.90 m ²
	Esterilización y Dep. Mat. Esterilizado	1	7.10 m ²	7.10 m ²
	Cuarto Limpio	1	4.90 m ²	4.90 m ²
	Cuarto Sucio	1	4.70 m ²	4.70 m ²
	Cuarto Séptico	1	4.70 m ²	4.70 m ²
	Lavachatas	1	5.10 m ²	5.10 m ²
	Depósito material laboratorios	1	20.60 m ²	20.60 m ²
				54.00 m ²
CONFORT MÉDICO	Secretaría	1	9.80 m ²	9.80 m ²
	Estar Médico	1	9.10 m ²	9.10 m ²
	Jefatura	1	10.40 m ²	10.40 m ²
	Sala de Reuniones	1	10.60 m ²	10.60 m ²
	SH/ Vest. Pers. Méd. (H y M) y Cto. Limp.	1	33.60 m ²	33.60 m ²
				73.50 m ²
ÁREA PARCIAL				402.60 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				523.40 m²

El bloque de Anatomía Patológica se encuentra ubicado más próximo a la Unidad de Servicios Generales, ya que requiere estar alejado del contacto con los pacientes, y para el fácil transporte de los cadáveres. Comparte las funciones de crematorio y velatorio con la unidad de Anatomía Patológica del María Auxiliadora.

Tiene los siguientes espacios:

UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO				
ANATOMÍA PATOLÓGICA				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Sala de Espera	1	17.90 m ²	17.90 m ²
	Sala Reunión Médico-Familiar	1	17.60 m ²	17.60 m ²
				35.50 m ²
ZONA TRABAJO MÉDICO	Oficina médico patólogo y SH	1	21.20 m ²	21.20 m ²
	Morgue (Preparación y entrega cad.)	1	32.40 m ²	32.40 m ²
	Sala de Autopsias y Cám. Frigoríficas	1	30.50 m ²	30.50 m ²
	Laboratorio Histopatología	1	22.50 m ²	22.50 m ²
				106.60 m ²
ÁREA PARCIAL				142.10 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				184.70 m ²

UNIDAD DE EMERGENCIA

La unidad de Emergencia es una de las más importantes del hospital, debido a la gran cantidad de pacientes que atiende y porque en ella se salvan vidas. El ingreso se da por la Av. Los Héroes / Pachacútec y está en el primer nivel.

El hospital cuenta con un bloque de Emergencias dividido en dos: Emergencia Pediátrica y Emergencia Gineco-Obstétrica, con el fin de no crear fuertes

impactos psicológicos en los niños y en las mujeres, además que permite una mejor atención para ambos usuarios.

Es uno de los bloques más autónomos, por lo que también cuenta con confort médico y una pequeña zona administrativa y:

EMERGENCIA				
EMERGENCIA PEDIÁTRICA				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Hall, informes, camillas y sillas de ruedas	1	86.70 m ²	86.70 m ²
	Caja, Admisión, Playground y Depósito	1	112.70 m ²	112.70 m ²
	SH Público (H y M) y Cto. Limp.	1	36.10 m ²	36.10 m ²
				235.50 m ²
CENTRAL DE ENFERMERAS (Compartido con Emergencia Mujeres)	Atención, Trabajo Limpio y Trabajo Sucio	1	48.40 m ²	48.40 m ²
	Ropería	2	0.80 m ²	1.90 m ²
	Lavado y Esterilización instrumentos	1	3.40 m ²	3.40 m ²
	Cuarto Séptico	1	1.90 m ²	1.90 m ²
	Cuarto Sucio	1	2.50 m ²	2.50 m ²
	Lavachatas	1	2.30 m ²	2.30 m ²
	Ropa Sucia	1	1.90 m ²	1.90 m ²
	SH Personal	1	2.50 m ²	2.50 m ²
				64.80 m ²
ZONA GRIS	Triaje Niños	1	13.00 m ²	13.00 m ²
	Nebulizaciones e Inyectables	1	13.50 m ²	13.50 m ²
	Tópico Pediatría	1	13.70 m ²	13.70 m ²
	Tópico Yesos	1	12.30 m ²	12.30 m ²
	Tópico Cirugía Menor	1	19.60 m ²	19.60 m ²
	Traumashock Niños	1	14.10 m ²	14.10 m ²
	Ropería Pacientes y SH.	1	6.40 m ²	6.40 m ²
	Oficina Traumatólogo y RX portátil (Compartido con Emergencia Mujeres)	1	14.90 m ²	14.90 m ²
				107.50 m ²
ZONA BLANCA	Sala de Observación Niños Lactantes y SH.	1	42.30 m ²	42.30 m ²
	Sala de Observación Niños Pre-Esc. y SH.	1	35.40 m ²	35.40 m ²
	Sala de Observación Niños Escolares y SH.	1	30.20 m ²	30.20 m ²
	Cuarto Aislado Niños, Antecámara y SH.	1	28.20 m ²	28.20 m ²
	Baño Artesa	1	9.00 m ²	9.00 m ²
	Cunas de Hidratación	1	19.50 m ²	19.50 m ²
	Laboratorio de Emergencia (Compartido con Emergencia Mujeres)	1	14.00 m ²	14.00 m ²
				178.60 m ²

EMERGENCIA				
EMERGENCIA MUJERES				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Hall, inf., caja, camillas y sillas de ruedas (Compartido con Centro Obstétrico)	1	61.60 m ²	61.60 m ²
	Espera, SH. Pub. (H y M) y Cambio Botas	1	42.80 m ²	42.80 m ²
				104.40 m ²
ZONA GRIS	Triaje Mujeres y SH.	1	26.10 m ²	26.10 m ²
	Tópico Gineco-Obstetricia y SH.	1	20.50 m ²	20.50 m ²
	Traumashock Mujeres	1	14.30 m ²	14.30 m ²
	Ropería Pacientes y SH.	1	6.90 m ²	6.90 m ²
				67.80 m ²
ZONA BLANCA	Sala de Observación Mujeres y SH.	1	38.70 m ²	38.70 m ²
	Cuarto Aislado Mujeres, Antecámara y SH.	1	23.80 m ²	23.80 m ²
				62.50 m ²
CONFORT MÉDICO (Compartido con Emergencia Ped.)	Hall ingreso médico y Control (Compartido con C.O, C.Q, Neonat. y UCI)	1	20.80 m ²	20.80 m ²
	Secretaría	1	6.30 m ²	6.30 m ²
	Estar Médico	1	7.90 m ²	7.90 m ²
	Jefatura	1	10.40 m ²	10.40 m ²
	Oficina Jefe Enfermeras	1	8.60 m ²	8.60 m ²
	Sala de Reuniones	1	12.70 m ²	12.70 m ²
	Dormitorio Médico de Guardia	1	8.40 m ²	8.40 m ²
	SH/ Vest. Pers. Méd. (H y M)	1	33.40 m ²	33.40 m ²
	Cambio de Botas	1	2.40 m ²	2.40 m ²
				110.90 m ²

ÁREA PARCIAL	932.00 m ²
30% Muros y Circulaciones	
ÁREA TOTAL	1211.60 m ²

UNIDAD DE CENTRO OBSTÉTRICO

Se ubica en el primer nivel y su ingreso también se da por la Av. Los Héroes / Pachacútec. Tiene un ingreso diferenciado al de niños, pero compartido con el ingreso de emergencia de ginecología. En ella ingresan sólo las mujeres que se encuentren en trabajo de parto, solas o acompañadas por sus familiares.

Al ser un hospital especializado en maternidad, cuenta con numerosas salas de cirugía obstétrica en caso se presenten complicaciones, cesáreas simultáneas, riesgos de infección o abortos. Las pacientes con partos o cesáreas programadas acceden a la unidad por medio de una circulación destinada para pacientes y personal médico, ya que estas pacientes pueden estar hospitalizadas días previos al día del parto.

Es una unidad muy compleja con capacidad de resolver cualquier situación ya que cuenta con los espacios y áreas requeridas por la cantidad de población a atender. También trabaja como un bloque autónomo por lo que cuenta con confort médico, zona administrativa y un patio de área verde que permite crear una sensación de protección para las mujeres en uno de los momentos más importantes de su vida, el ser madre.

Esta unidad, se relaciona verticalmente con la Unidad de Neonatología, hacia donde son llevados los recién nacidos una vez recibidos las primeras atenciones. En el caso de los familiares tienen acceso a dicha unidad también por una circulación vertical de donde puede ser vistos los recién nacidos en el cunero.

Cuenta con los siguientes espacios:

CENTRO OBSTÉTRICO				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Espera, SH. Pub. (H y M) y Cambio Botas	1	43.80 m ²	43.80 m ²
				43.80 m ²
CENTRAL DE ENFERMERAS	Atención, Trab. Limpio, Trabajo Sucio y SH.	1	40.70 m ²	40.70 m ²
	Ropería	1	1.20 m ²	1.20 m ²
	Lavado	1	3.80 m ²	3.80 m ²
	Esterilización	1	3.80 m ²	3.80 m ²
	Cuarto Limpio	1	4.50 m ²	4.50 m ²
	Cuarto Séptico	1	4.70 m ²	4.70 m ²
	Cuarto Sucio	1	4.70 m ²	4.70 m ²
	Lavachatas	1	3.50 m ²	3.50 m ²
	Ropa Sucia	1	2.20 m ²	2.20 m ²
	Depósito Residuos Especiales	1	2.30 m ²	2.30 m ²
	Depósito Materiales e insumos	1	7.50 m ²	7.50 m ²
	Depósito Materiales no esterilizados	1	7.40 m ²	7.40 m ²
				86.30 m ²
ZONA GRIS	Estacionamiento camillas	1	5.10 m ²	5.10 m ²
	Sala de Evaluación y Preparación y SH.	1	26.30 m ²	26.30 m ²
	Sala de Dilatación 1 y SH.	1	26.40 m ²	26.40 m ²
	Sala de Dilatación 2 y SH.	1	23.10 m ²	23.10 m ²
	Oficina Anestesiólogo	1	14.50 m ²	14.50 m ²
	Sala de Anestesia	1	17.70 m ²	17.70 m ²
				113.10 m ²
ZONA BLANCA	Sala de Parto 1	1	49.20 m ²	49.20 m ²
	Sala de Parto 2	1	65.10 m ²	65.10 m ²
	Atención rápida neonatal	1	12.30 m ²	12.30 m ²
	Lavabo médico	4	1.10 m ²	4.40 m ²
	Transfer	1	8.60 m ²	8.60 m ²
	Preparación	1	8.10 m ²	8.10 m ²
	Sala de Cirugía Obstétrica 1	1	31.10 m ²	31.10 m ²
	Sala de Cirugía Obstétrica 2	1	22.40 m ²	22.40 m ²
	Sala de Cirugía Obstétrica 3	1	24.30 m ²	24.30 m ²
	Sala de Legrados	1	27.00 m ²	27.00 m ²
	Sala de Recuperación y SH.	1	43.40 m ²	43.40 m ²
	Depósito Equipos	1	6.30 m ²	6.30 m ²
	Ropa Quirúrgica	1	6.30 m ²	6.30 m ²
	Transfer (Desde hospitalización)	1	8.90 m ²	8.90 m ²
	Preparación (Desde hospitalización)	1	12.00 m ²	12.00 m ²
				329.40 m ²
CONFORT MÉDICO	Secretaría	1	8.60 m ²	8.60 m ²
	Estar Médico	1	17.90 m ²	17.90 m ²
	Jefatura	1	14.10 m ²	14.10 m ²
	Oficina Jefe Enfermeras	1	7.10 m ²	7.10 m ²
	Sala de Reuniones	1	20.70 m ²	20.70 m ²
	SH/ Vest. Pers. Méd. (H y M) y Cto. Limp.	1	29.60 m ²	29.60 m ²
	Cambio de Botas	1	6.40 m ²	6.40 m ²
				104.40 m ²
ÁREA PARCIAL				677.00 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				880.10 m²

UNIDAD DE CENTRO QUIRÚRGICO

Es uno de los bloques menos flexibles ya que requiere de grandes espacios para los quirófanos, y de un alto nivel de asepsia. Se encuentra dividido en: Centro Quirúrgico Pediátrico y Centro Quirúrgico Gineco-Obstétrico. Se encuentra en el segundo nivel sobre la Unidad de Emergencia. Cuenta con confort médico y una pequeña zona administrativa, además de los siguientes espacios:

CENTRO QUIRÚRGICO				
CIRUGÍA PEDIÁTRICA				
CENTRO QUIRÚRGICO				
CIRUGÍA MUJERES				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Playground	1	48.88 m ²	48.88 m ²
	Espera, SH. Pub. (H y M) y Cambio Botas	1	38.00 m ²	38.00 m ²
	Apoyo Psicológico 1-2	2	13.40 m ²	38.00 m ²
ZONA GRIS	Apoyo Social 1	1	18.88 m ²	18.88 m ²
	Control y Recepción y SH.	1	12.50 m ²	12.50 m ²
	Apoyo Compartido con Cirugía Pediátrica)	1	12.50 m ²	12.50 m ²
	Sala Reunión Médico Familiar y Vest.	1	19.70 m ²	19.70 m ²
	Salonamiento Camillas	1	3.90 m ²	3.90 m ²
	SH Público (H y M) y Cto. Limp.	1	36.10 m ²	36.10 m ²
	(Compartido con Cirugía Pediátrica)			
	Transfer	1	9.80 m ²	313.30 m ²
	Atención, Trabajo Limpio y Trabajo Sucio	1	48.40 m ²	48.40 m ²
	(Compartido con Cirugía Pediátrica)			
Cirugía Mujeres)	Bopería	2	0.80 m ²	1.90 m ²
	Preparación	1	14.90 m ²	14.90 m ²
	Lavado y Esterilización Instrumentos	1	3.40 m ²	3.40 m ²
	(Compartido con Cirugía Pediátrica)			
	Cuarto Séptico	1	1.90 m ²	45.20 m ²
ZONA BLANCA	Cuarto Sucio	1	2.50 m ²	24.20 m ²
	Quirófano 1	1	24.20 m ²	24.20 m ²
	Lavabos	1	24.20 m ²	24.20 m ²
	Quirófano 2	1	24.20 m ²	24.20 m ²
	Recuperación Mujeres	1	1.90 m ²	20.00 m ²
	SH Personal	1	20.00 m ²	20.00 m ²
	Lavabos médicos	2	4.00 m ²	2.00 m ²
				70.20 m ²
CONFORT MÉDICO (Compartido con Cirugía Ped.)	Almacén Insumos	1	14.90 m ²	14.90 m ²
	Secretaría	1	6.30 m ²	6.30 m ²
	Oficina Anestesiista y Depósito	1	14.10 m ²	14.10 m ²
	Estal Médico	1	14.10 m ²	14.10 m ²
	(Compartido con Cirugía Mujeres)			
	Jefatura	1	10.40 m ²	10.40 m ²
	Sala de Anestesia	1	27.10 m ²	27.10 m ²
	Oficina Jefe Enfermeras	1	8.60 m ²	8.60 m ²
	(Compartido con Cirugía Mujeres)			
	Sala de Reuniones	1	12.70 m ²	12.70 m ²
	Dormitorio Médico de Guardia	1	8.40 m ²	8.40 m ²
	Quirófano Pers. Méd. (H y M)	1	38.80 m ²	38.80 m ²
	Quirófano 2	1	38.80 m ²	38.80 m ²
	Cambio de Botas	1	31.60 m ²	31.60 m ²
	Lavabos médicos	2	2.40 m ²	2.40 m ²
	Recuperación Lactantes y Pre-Escolares	1	1.00 m ²	90.10 m ²
				38.50 m ²
	ÁREA PARCIAL			849.20 m ²
	Rayos X móvil	1	2.80 m ²	2.80 m ²
	30% Muros y Circulaciones			
	ÁREA TOTAL			1104.00 m ²
	Transfer (Desde hospitalización)	1	8.90 m ²	8.90 m ²
	(Compartido con Cirugía Pediátrica)			
	Preparación (Desde Hospitalización)		8.80 m ²	8.80 m ²
	(Compartido con Cirugía Pediátrica)			
	Control de Operaciones	1	6.10 m ²	6.10 m ²
	(Compartido con Cirugía Mujeres)			
	Depósito Óxido Nitroso	1	6.00 m ²	6.00 m ²
	(Compartido con Cirugía Mujeres)			
	Ambiente Aseo Sala de Operaciones	1	3.70 m ²	3.70 m ²
	(Compartido con Cirugía Mujeres)			
	Ropa y Basura Quirúrgica	1	4.60 m ²	4.60 m ²
	(Compartido con Cirugía Mujeres)			
				170.50 m ²

UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Se encuentra en el segundo nivel sobre la Unidad de Centro Obstétrico. Hay una circulación vertical exclusiva para estas dos unidades, tanto para los recién nacidos como para los familiares que acuden a verlo. Es una de las unidades con mayor nivel de asepsia y cuenta con una pequeña unidad de cuidados intensivos, con confort médico y su propia zona administrativa, además de:

NEONATOLOGÍA				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Espera, SH. Pub. (H y M) y Cambio Botas	1	43.00 m ²	43.00 m ²
	Lactancia 1 y Área Educación padres	1	17.60 m ²	17.60 m ²
	Alojamiento Madres y SH.	1	20.50 m ²	20.50 m ²
	Estar Familiar y Vest. (Desde hospitaliz.)	1	16.10 m ²	16.10 m ²
				97.20 m ²
CENTRAL DE ENFERMERAS	Atención, Trab. Limpio, Trabajo Sucio y SH.	1	40.70 m ²	40.70 m ²
	Ropería	1	1.20 m ²	1.20 m ²
	Lavado	1	3.80 m ²	3.80 m ²
	Esterilización	1	3.80 m ²	3.80 m ²
	Cuarto Limpio	1	4.50 m ²	4.50 m ²
	Cuarto Séptico	1	4.70 m ²	4.70 m ²
	Cuarto Sucio	1	4.70 m ²	4.70 m ²
	Lavachatas	1	3.50 m ²	3.50 m ²
	Ropa Sucia	1	2.20 m ²	2.20 m ²
	Depósito Residuos Especiales	1	2.30 m ²	2.30 m ²
	Depósito Materiales e insumos	1	7.50 m ²	7.50 m ²
	Depósito Materiales no esterilizados	1	7.40 m ²	7.40 m ²
				86.30 m ²
ZONA GRIS	Cunero y Atención Neonatal	1	54.00 m ²	54.00 m ²
	Sala de Dietas y Fórmulas	1	13.20 m ²	13.20 m ²
	Sala de Cambio de Sangre	1	14.00 m ²	14.00 m ²
	Evaluación Neonatológica	1	13.70 m ²	13.70 m ²
				94.90 m ²
ZONA BLANCA	Incubadoras	1	22.40 m ²	22.40 m ²
	Lactancia 2	1	12.50 m ²	12.50 m ²
	Cuarto Aislado 1 y antecámara	1	8.60 m ²	8.60 m ²
	Cuarto Aislado 2 y antecámara	1	8.10 m ²	8.10 m ²
	Central de Enf. 2 (Trabajo limpio y sucio)	1	14.10 m ²	14.10 m ²
	Cunero Patológico	1	35.50 m ²	35.50 m ²
	Cirugía Neonatal	1	16.60 m ²	16.60 m ²
	Lavabo Médico	1	1.00 m ²	1.00 m ²
	Depósito Equipos	1	8.60 m ²	8.60 m ²
	Ropa Quirúrgica	1	6.30 m ²	6.30 m ²
				133.70 m ²
CONFORT MÉDICO	Secretaría	1	8.60 m ²	8.60 m ²
	Estar Médico	1	15.20 m ²	15.20 m ²
	Jefatura	1	14.10 m ²	14.10 m ²
	Oficina Jefe Enfermeras	1	7.10 m ²	7.10 m ²
	Sala de Reuniones	1	17.50 m ²	17.50 m ²
	SH/ Vest. Pers. Méd. (H y M) y Cto. Limp.	1	29.30 m ²	29.30 m ²
	Cambio de Botas	1	6.30 m ²	6.30 m ²
				98.10 m ²
ÁREA PARCIAL				510.20 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				663.30 m ²

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Se encuentra en el tercer nivel, sobre la Unidad de Centro Quirúrgico. Se divide también en UCI Pediatría y en UCI Gineco-Obstétrico. Se propone la estancia de los padres para una mejor recuperación de los niños así como apoyos

psicológicos. También requiere de un alto nivel de asepsia y cuenta con confort médico, zona administrativa y:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS				
U.C.I PEDIATRÍA				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Espera	1	108.80 m ²	108.80 m ²
	Playground	1	41.90 m ²	41.90 m ²
	Apoyo Psicológico	1	13.20 m ²	13.20 m ²
	Dormitorio Papás y SH.	1	18.70 m ²	18.70 m ²
	Dormitorio Mapás y SH.	1	21.20 m ²	21.20 m ²
	Sala Reunión Médico-Familiar	1	19.70 m ²	19.70 m ²
	SH Público (H y M) y Cto. Limp.	1	36.10 m ²	36.10 m ²
				259.60 m ²
CENTRAL DE ENFERMERAS (Compartido con U.C.I Mujeres)	Atención, Trabajo Limpio y Trabajo Sucio	1	48.40 m ²	48.40 m ²
	Ropería	2	0.80 m ²	1.90 m ²
	Lavado y Esterilización instrumentos	1	3.40 m ²	3.40 m ²
	Cuarto Séptico	1	1.90 m ²	1.90 m ²
	Cuarto Sucio	1	2.50 m ²	2.50 m ²
	Lavachatas	1	2.30 m ²	2.30 m ²
	Ropa Sucia	1	1.90 m ²	1.90 m ²
	SH Personal	1	2.50 m ²	2.50 m ²
				64.80 m ²
ZONA BLANCA	Cub. Tratamiento Niño Alto Riesgo y SH.	1	20.30 m ²	20.30 m ²
	Cub. Tratamiento Niños Lactantes y SH.	1	33.10 m ²	33.10 m ²
	Cub. Tratamiento Niños Pre-Escolares y SH.	1	37.50 m ²	37.50 m ²
	Cub. Tratamiento Niños Escolares y SH.	1	38.50 m ²	38.50 m ²
	Cuarto Aislado, antecámara y SH.	1	18.70 m ²	18.70 m ²
	Central de Monitoreo (Compartido con U.C.I Mujeres)	1	18.50 m ²	18.50 m ²
	Almacén equipos (Compartido con U.C.I Mujeres)	1	10.00 m ²	10.00 m ²
	Depósito Material Esterilizado (Compartido con U.C.I Mujeres)	1	7.40 m ²	7.40 m ²
	Almacén insumos (Compartido con U.C.I Mujeres)	1	14.90 m ²	14.90 m ²
	Ropa y Basura Quirúrgica (Compartido con Cirugía Mujeres)	1	6.20 m ²	6.20 m ²
				205.10 m ²
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS				
U.C.I MUJERES				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA PÚBLICA	Espera, SH. Pub. (H y M) y Cambio Botas	1	40.70 m ²	40.70 m ²
				40.70 m ²
ZONA GRIS	Control y Recepción y SH. (Compartido con U.C.I Pediatría)	1	16.60 m ²	16.60 m ²
	Estacionamiento camillas (Compartido con U.C.I Pediatría)	1	3.90 m ²	3.90 m ²
	Transfer (Compartido con U.C.I Pediatría)	1	9.80 m ²	9.80 m ²
	Preparación (Compartido con U.C.I Pediatría)	1	14.90 m ²	14.90 m ²
				45.20 m ²
ZONA BLANCA	Cub. Tratamiento Mujer Alto Riesgo y SH.	1	20.50 m ²	20.50 m ²
	Cub. Tratamiento Mujeres y SH.	1	45.00 m ²	45.00 m ²
	Cuarto Aislado, antecámara y SH.	1	23.80 m ²	23.80 m ²
				89.30 m ²
CONFORT MÉDICO (Compartido con U.C.I Pediatría)	Estar	1	15.10 m ²	15.10 m ²
	Secretaría	1	6.30 m ²	6.30 m ²
	Estar Médico	1	7.90 m ²	7.90 m ²
	Jefatura	1	10.40 m ²	10.40 m ²
	Oficina Jefe Enfermeras	1	8.60 m ²	8.60 m ²
	Sala de Reuniones	1	12.70 m ²	12.70 m ²
	Dormitorio Médico de Guardia	1	8.40 m ²	8.40 m ²
	SH/ Vest. Pers. Méd. (H y M) y Cto. Limp.	1	33.40 m ²	33.40 m ²
	Cambio de Botas	1	2.40 m ²	2.40 m ²
				105.20 m ²
ÁREA PARCIAL				809.90 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				1052.90 m ²

UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Al ser un hospital especializado, se requiere de una zona de docencia en donde los doctores y practicantes médicos puedan adquirir mayor conocimientos y ponerlos en práctica. Es un bloque compuesto por cuatro pisos, además cuenta con un pequeño auditorio en donde se pueden realizar exposiciones y demostraciones. Está compuesto por:

UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
SÓTANO	Hall, recepción e informes	1	48.10 m ²	48.10 m ²
	Sala Preparación Expositor	1	15.60 m ²	15.60 m ²
	Auditorio (cap. 110 personas)	1	129.30 m ²	129.30 m ²
	Cuarto de Sonido	1	33.60 m ²	33.60 m ²
	Depósito	1	33.00 m ²	33.00 m ²
	SH. Pub. (H y M) y C. L	1	27.70 m ²	27.70 m ²
				287.30 m ²
PRIMER PISO	Recepción e informes	1	34.10 m ²	34.10 m ²
	Espera y Secretaría	1	36.00 m ²	36.00 m ²
	Oficina de Admisión y Registro	1	17.80 m ²	17.80 m ²
	Estar Profesores	1	15.70 m ²	15.70 m ²
	Estadística y Cómputo, archivo y dep.	1	34.00 m ²	34.00 m ²
	Sala de Reuniones Profesores	1	17.00 m ²	17.00 m ²
	Oficina Jefe Enseñanza	1	16.80 m ²	16.80 m ²
	Almacén equipos	1	16.50 m ²	16.50 m ²
	Cuarto Limpieza	1	3.60 m ²	3.60 m ²
	Depósito Utillería	1	9.60 m ²	9.60 m ²
	SH. Pub. (H y M) y C. L	1	27.70 m ²	27.70 m ²
				228.80 m ²
SEGUNDO PISO	Estar Alumnos	1	53.40 m ²	53.40 m ²
	Aulas 1-4	4	34.00 m ²	136.00 m ²
	Depósito	1	16.80 m ²	16.80 m ²
	SH. Pub. (H y M) y C. L	1	27.70 m ²	27.70 m ²
				233.90 m ²
TERCER PISO	Estar Alumnos	1	34.40 m ²	34.40 m ²
	Librería y Depósito de libros	1	35.50 m ²	35.50 m ²
	Biblioteca y Sala de Lecturas	1	69.40 m ²	69.40 m ²
	Hemeroteca	1	34.80 m ²	34.80 m ²
	Videoteca	1	16.80 m ²	16.80 m ²
	Mediateca	1	16.80 m ²	16.80 m ²
	SH. Pub. (H y M) y C. L	1	27.70 m ²	27.70 m ²
				235.40 m ²
ÁREA PARCIAL				985.40 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				1281.00 m²

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Es la unidad donde tanto la madre como el niño pasarán más tiempo en el hospital. Para ello, es necesario crear un ambiente agradable para cada usuario.

Tanto el primer y segundo nivel corresponden a Hospitalización de Mujeres, y del tercero al quinto Hospitalización Pediátrica, donde todas las habitaciones cuentan con playgrounds para que los niños se distraigan y tengan una pronta recuperación, además del mobiliario necesario de acuerdo a su edad como pueden ser: lactantes, pre-escolares y escolares, determinados en los cálculos de la población infantil a ser atendida.

Todas las habitaciones de los niños contemplan la posibilidad de que uno de los padres se quede a dormir, ayudando así a que el niño se sienta como en casa.

En cuanto a las habitaciones de Obstetricia se propone lo que es Alojamiento Conjunto, es decir, compartir la habitación con el recién nacido, lo que permite crear lazos de unión desde el nacimiento.

Además, esta unidad también cuenta con zonas de charlas, playgrounds y espacios donde la familia puede celebrar el nacimiento de un hijo. Cuenta con los siguientes espacios:

HOSPITALIZACIÓN				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
PRIMER PISO	Hall, informes, caja y espera	1	273.40 m ²	273.40 m ²
	Tópico y Terraza	1	33.70 m ²	33.70 m ²
	Oficina Trabajo Social, SH. y Terraza	1	29.50 m ²	29.50 m ²
	Estacionamiento camillas y sillas de rueda	2	7.60 m ²	15.20 m ²
	Estar Familiar	2	20.20 m ²	40.40 m ²
	Habitación Simple G.O (1-7) y SH. y Terraza	7	31.30 m ²	219.10 m ²
	Habitación Doble G.O (1-10) y SH. y Terraza	10	43.00 m ²	430.00 m ²
	SH. Pub. (H y M)	1	31.20 m ²	31.20 m ²
				1072.50 m ²
CENTRAL ENFERMERAS (2)	Atención	2	13.60 m ²	27.20 m ²
	Botadero	2	3.10 m ²	6.20 m ²
	Esterilización Rápida	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Lavado	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Ropa Sucia	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Ropa Limpia	2	4.00 m ²	8.00 m ²
	Repostería	2	5.80 m ²	11.60 m ²
	Depósito equipos y medicinas	2	4.20 m ²	8.40 m ²
				79.00 m ²
ZONA TRABAJO PERSONAL	Ropería	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Depósito	2	16.00 m ²	32.00 m ²
	Cuarto Limpio	2	4.40 m ²	8.80 m ²
	Cuarto Sucio	2	5.70 m ²	11.40 m ²
				56.20 m ²
SEGUNDO PISO	Hall, informes y espera	1	205.80 m ²	205.80 m ²
	Playground y SH. Púb. (H y M) y Cto. Limp.	1	34.30 m ²	34.30 m ²
	Sala de Reuniones y Terraza	1	33.60 m ²	33.60 m ²
	Jefatura y SH. y Terraza	1	29.50 m ²	29.50 m ²
	Estacionamiento camillas y sillas de rueda	2	7.60 m ²	15.20 m ²
	Habitación Simple G.O (8) y SH. y Terraza	1	31.30 m ²	31.30 m ²
	Habitación Doble G.O (11-13) y SH. y Terr.	3	43.00 m ²	129.00 m ²
	Cuarto Aislado Mujeres (1-2), ant. y SH. y T.	2	31.30 m ²	62.60 m ²
	Estar Familiar	2	13.20 m ²	26.40 m ²
	Habitación Simple Ped. (1-4) y SH. y Terraza	4	31.30 m ²	125.20 m ²
	Habitación Doble Ped. (1-7) y SH. y Terraza	7	43.00 m ²	301.00 m ²
				993.90 m ²
CENTRAL ENFERMERAS (2)	Atención	2	13.60 m ²	27.20 m ²
	Botadero	2	3.10 m ²	6.20 m ²
	Esterilización Rápida	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Lavado	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Ropa Sucia	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Ropa Limpia	2	4.00 m ²	8.00 m ²
	Repostería	2	5.80 m ²	11.60 m ²
	Depósito equipos y medicinas	2	4.20 m ²	8.40 m ²
				79.00 m ²
ZONA TRABAJO PERSONAL	Ropería	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Depósito	2	16.00 m ²	32.00 m ²
	Cuarto Limpio	2	4.40 m ²	8.80 m ²
	Cuarto Sucio	2	5.70 m ²	11.40 m ²
				56.20 m ²
TERCER PISO	Hall, informes y espera	1	205.80 m ²	205.80 m ²
	Sala de Reuniones y SH. Púb. (H y M) y Cto.	1	34.30 m ²	34.30 m ²
	Tópico, SH. y Terraza	1	33.70 m ²	33.70 m ²
	Estar Familiar	2	13.20 m ²	26.40 m ²
	Estacionamiento camillas y sillas de rueda	2	7.60 m ²	15.20 m ²
	Habitación Simple Ped. (5-9) y SH. y Terraza	5	31.30 m ²	156.50 m ²
	Habitación Doble Ped. (8-17) y SH. y Terraza	10	43.00 m ²	430.00 m ²
	Cuarto Aislado Niños (1-2), ant. y SH. y Terr.	2	31.30 m ²	62.60 m ²
	SH. Pub. (H y M)	1	31.20 m ²	31.20 m ²
				995.70 m ²

CENTRAL ENFERMERAS (2)	Atención	2	13.60 m ²	27.20 m ²
	Botadero	2	3.10 m ²	6.20 m ²
	Esterilización Rápida	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Lavado	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Ropa Sucia	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Ropa Limpia	2	4.00 m ²	8.00 m ²
	Repostería	2	5.80 m ²	11.60 m ²
	Depósito equipos y medicinas	2	4.20 m ²	8.40 m ²
				79.00 m ²
ZONA TRABAJO PERSONAL	Ropería	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Depósito	2	16.00 m ²	32.00 m ²
	Cuarto Limpio	2	4.40 m ²	8.80 m ²
	Cuarto Sucio	2	5.70 m ²	11.40 m ²
				56.20 m ²
CUARTO PISO	Hall, informes y espera	1	205.80 m ²	205.80 m ²
	Playground y SH. Púb. (H y M) y Cto. Limp.	1	34.30 m ²	34.30 m ²
	Sala de Charlas	1	29.50 m ²	29.50 m ²
	Tópico, SH. y Terraza	1	33.70 m ²	33.70 m ²
	Estar Familiar	2	13.20 m ²	26.40 m ²
	Estacionamiento camillas y sillas de rueda	2	7.60 m ²	15.20 m ²
	Habitación Simple Ped. (10-14) y SH. y Terr.	5	31.30 m ²	156.50 m ²
	Habitación Doble Ped. (18-27) y SH. y Terr.	10	43.00 m ²	430.00 m ²
	Cuarto Aislado Niños (3-4), ant. y SH. y Terr.	2	31.30 m ²	62.60 m ²
				993.90 m ²
CENTRAL ENFERMERAS (2)	Atención	2	13.60 m ²	27.20 m ²
	Botadero	2	3.10 m ²	6.20 m ²
	Esterilización Rápida	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Lavado	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Ropa Sucia	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Ropa Limpia	2	4.00 m ²	8.00 m ²
	Repostería	2	5.80 m ²	11.60 m ²
	Depósito equipos y medicinas	2	4.20 m ²	8.40 m ²
				79.00 m ²
ZONA TRABAJO PERSONAL	Ropería	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Depósito	2	16.00 m ²	32.00 m ²
	Cuarto Limpio	2	4.40 m ²	8.80 m ²
	Cuarto Sucio	2	5.70 m ²	11.40 m ²
				56.20 m ²
QUINTO PISO	Hall, informes y espera	1	205.80 m ²	205.80 m ²
	Playground y SH. Púb. (H y M) y Cto. Limp.	1	34.30 m ²	34.30 m ²
	Tópico, SH. y Terraza	1	33.70 m ²	33.70 m ²
	Estar Familiar	2	13.20 m ²	26.40 m ²
	Estacionamiento camillas y sillas de rueda	2	7.60 m ²	15.20 m ²
	Habitación Simple Ped. (15-20) y SH. y Terr.	6	31.30 m ²	187.80 m ²
	Habitación Doble Ped. (28-37) y SH. y Terr.	10	43.00 m ²	430.00 m ²
	Cuarto Aislado Niños (5), ant. y SH. y Terr.	1	31.30 m ²	31.30 m ²
	SH. Pub. (H y M)	1	31.20 m ²	31.20 m ²
				995.70 m ²
CENTRAL ENFERMERAS (2)	Atención	2	13.60 m ²	27.20 m ²
	Botadero	2	3.10 m ²	6.20 m ²
	Esterilización Rápida	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Lavado	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Ropa Sucia	2	3.40 m ²	6.80 m ²
	Ropa Limpia	2	4.00 m ²	8.00 m ²
	Repostería	2	5.80 m ²	11.60 m ²
	Depósito equipos y medicinas	2	4.20 m ²	8.40 m ²
				79.00 m ²
ZONA TRABAJO PERSONAL	Ropería	2	2.00 m ²	4.00 m ²
	Depósito	2	16.00 m ²	32.00 m ²
	Cuarto Limpio	2	4.40 m ²	8.80 m ²
	Cuarto Sucio	2	5.70 m ²	11.40 m ²
				56.20 m ²
ÁREA PARCIAL				5727.70 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				7446.00 m²

ÁREAS COMPLEMENTARIAS

Dentro de estas áreas se encuentra una Cafetería de uso público, de dos pisos, la cual trabaja autónomamente, y está compuesta por:

CAFETERÍA				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
PRIMER PISO	Atención y Zona de Mesas	1	60.00 m ²	60.00 m ²
	Cocina	1	25.40 m ²	25.40 m ²
	Depósito	1	3.30 m ²	3.30 m ²
	SH. Pub. Disc.	1	5.80 m ²	5.80 m ²
				94.50 m ²
SEGUNDO PISO	Atención	1	13.50 m ²	13.50 m ²
	Mezanine	1	56.20 m ²	56.20 m ²
	SH. Pub. (H y M)	1	6.40 m ²	6.40 m ²
				76.10 m ²
ÁREA PARCIAL				170.60 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				221.80 m ²

También se propone un Módulo de la Mujer y el Niño, compuesto de tres pisos, en donde se da información y orientación a la mujer, antes y después de ser madre, también se podrán realizar ejercicios pre y post-natales. Los niños podrán recibir estimulación temprana y tendrán una zona de juegos. Tiene los siguientes

MÓDULO DE LA MUJER Y EL NIÑO				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
PRIMER PISO	Admisión e informes	1	24.90 m ²	24.90 m ²
	Oficina Jefe Enfermera	1	10.50 m ²	10.50 m ²
	Oficina Servicio Social	1	10.40 m ²	10.40 m ²
	Cubículos Servicio Social	1	22.80 m ²	22.80 m ²
	SH. Pub. (H y M)	1	9.80 m ²	9.80 m ²
				78.40 m ²
SEGUNDO PISO	Sala de Estar	1	12.00 m ²	12.00 m ²
	Ejercicios Prenatales 1	1	20.70 m ²	20.70 m ²
	Ejercicios Prenatales 2	1	18.50 m ²	18.50 m ²
	Ejercicios Post-Natales 1	1	20.40 m ²	20.40 m ²
	Ejercicios Post-Natales 2	1	18.40 m ²	18.40 m ²
	Depósito	2	7.40 m ²	14.80 m ²
				5.70 m ²
				110.50 m ²
TERCER PISO	Sala de Charlas	1	18.50 m ²	18.50 m ²
	Estimulación Temprana	1	20.70 m ²	20.70 m ²
	Lactancia Materna	1	12.00 m ²	12.00 m ²
	Playground	1	41.60 m ²	41.60 m ²
	Depósito	2	7.50 m ²	15.00 m ²
	SH. Pub. (H y M)	1	5.70 m ²	5.70 m ²
				113.50 m ²
ÁREA PARCIAL				302.40 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				393.10 m ²

espacios:

Además se propone reubicar la Farmacia existente con el fin que sea de uso exclusivo para ambos hospitales, ya q las actividades complementarias que se encuentran alrededor satisfacen plenamente esta necesidad.

FARMACIA				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
PRIMER PISO	Atención, caja y espera	1	68.40 m ²	68.40 m ²
	Laboratorio de Leches	1	10.10 m ²	10.10 m ²
	Oficina Farmacólogo y Sh.	1	16.30 m ²	16.30 m ²
	Almacén	1	27.40 m ²	27.40 m ²
				122.20 m ²
ÁREA PARCIAL				122.20 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				158.90 m ²

CENTRO DE ESTERILIZACIÓN Y ENSAMBLAJE

Al ser un hospital de gran envergadura, se ubica en la zona de los Servicios Generales, en el sótano. Desde ahí se reparte los instrumentos hacia Emergencia, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Neonatología y UCI. Está formado por:

CENTRAL DE ENSAMBLAJE Y ESTERILIZACIÓN (C.E.Y.E)				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
ZONA TRABAJO	Acceso al CEYE	1	6.70 m ²	6.70 m ²
	Jefatura CEYE	1	10.50 m ²	10.50 m ²
	Zona Roja y Cambio de Botas 1 (Lavado y Separación)	1	58.90 m ²	58.90 m ²
	Zona Azul y Cambio de Botas 2 (Ensamble y Esterilización)	1	70.50 m ²	70.50 m ²
	Antesala azul, lavachatas y depósito	1	28.40 m ²	28.40 m ²
	Almacén Ropa limpia (Ropería)	1	17.60 m ²	17.60 m ²
	Almacén material a esterilizar	1	17.40 m ²	17.40 m ²
	Oficina Asistente	1	11.80 m ²	11.80 m ²
	Zona Verde y Cambio de Botas 3 (Almacén Material Esterilizado)	1	47.60 m ²	47.60 m ²
	Antsala verde	1	4.60 m ²	4.60 m ²
	Cuarto Limpieza	1	3.10 m ²	3.10 m ²
	Entrega	1	14.20 m ²	14.20 m ²
				291.30 m ²
ÁREA PARCIAL				291.30 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				378.70 m ²

UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES

Esta zona está ubicada en el sótano, con un ingreso único para la Zona de Descarga y el personal de servicio, que es compartido con el ingreso de servicio del Hospital María Auxiliadora, por la Av. Los Héroes / Pachacútec. Tiene los siguientes ambientes:

SERVICIOS GENERALES				
UNIDAD	AMBIENTES	CANT.	A. UNITARIA	A. TOTAL
VARIOS	Hall Personal Servicio	1	12.60 m ²	12.60 m ²
	Control y Monitoreo	1	9.20 m ²	9.20 m ²
	Zona de Descarga	1	40.80 m ²	40.80 m ²
	Depósito	1	58.00 m ²	58.00 m ²
	Central y Almacén de Oxígeno	1	72.00 m ²	72.00 m ²
	SH/ Vest. Pers. Serv. (H y M) y Cto. Limp.	1	139.30 m ²	139.30 m ²
	Cuarto de Limpieza	1	2.10 m ²	2.10 m ²
	Depósito Basura Quirúrgica	1	20.80 m ²	20.80 m ²
	Depósito de Basura	1	15.80 m ²	15.80 m ²
	Depósito de Limpieza	1	8.40 m ²	8.40 m ²
	Almacén de Limpieza	1	11.00 m ²	11.00 m ²
	Depósito Ropa Limpia	1	17.10 m ²	17.10 m ²
	Descanso Personal	1	40.00 m ²	40.00 m ²
	Depósito	1	6.30 m ²	6.30 m ²
	Cuarto de Limpieza	1	3.20 m ²	3.20 m ²
	SH. Personal	1	7.20 m ²	7.20 m ²
	Depósito Ropa Limpia y Quirúrgica	1	23.20 m ²	23.20 m ²
	Depósito General Ayuda al Diagnóstico	1	30.30 m ²	30.30 m ²
	Depósito General Consulta Externa	1	28.30 m ²	28.30 m ²
	Depósito Basura y Residuos Especiales	1	19.80 m ²	19.80 m ²
	Almacén de Limpieza	1	5.20 m ²	5.20 m ²
	Cto. de Limpieza	2	2.20 m ²	4.40 m ²
	SH/ Vest. Pers. (H y M)	1	12.30 m ²	12.30 m ²
				587.30 m ²
ARCHIVO	Atención y Archivo	1	73.50 m ²	73.50 m ²
				73.50 m ²
ALMACÉN	Recepción y Control	1	48.20 m ²	57.90 m ²
	Almacén Farmacia	1	30.00 m ²	21.10 m ²
	Almacén Equipos	1	34.70 m ²	25.00 m ²
	Almacén Utillería	1	35.70 m ²	24.50 m ²
				128.50 m ²

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Recepción Mercadería	1	23.20 m ²	23.20 m ²
	Cam. Frigorífica Pescados	1	6.40 m ²	6.40 m ²
	Cam. Frigorífica Verd., Frutas y Lact.	1	8.00 m ²	8.00 m ²
	Cam. Frigorífica Carnes	1	8.10 m ²	8.10 m ²
	Almacén Secos	1	11.90 m ²	11.90 m ²
	Panadería	1	34.40 m ²	34.40 m ²
	Repostería	1	30.40 m ²	30.40 m ²
	Comedor Personal y Lineal	1	479.00 m ²	479.00 m ²
	Estacionamiento coches	1	12.30 m ²	12.30 m ²
	Lavado Vajilla	1	12.40 m ²	12.40 m ²
	Lavado Ollas	1	12.40 m ²	12.40 m ²
	Despensa Líquidos	1	13.30 m ²	13.30 m ²
	Despensa Utensilios y Servicio	1	13.30 m ²	13.30 m ²
	Depósito Basura	1	9.50 m ²	9.50 m ²
	Estacionamiento coches	1	10.90 m ²	10.90 m ²
	Lavado coches	1	8.70 m ²	8.70 m ²
	Cocina (Zona Preparación, Zona Cocina Caliente, Zona Cocina Fría y Distribución)	1	157.30 m ²	157.30 m ²
	Preparación de Fórmulas y Vest.	1	36.10 m ²	36.10 m ²
	Oficina Jefe Diestista	1	24.30 m ²	24.30 m ²
	SH. Pers. (H y M) y Cto. Limp.	1	37.40 m ²	37.40 m ²
				949.30 m ²
CUARTO DE MÁQUINAS	Estacionamiento coches	1	10.20 m ²	10.20 m ²
	Oficina Jefe Personal	1	13.10 m ²	13.10 m ²
	Grupo Electrógeno	1	22.50 m ²	22.50 m ²
	Subestación	1	25.80 m ²	25.80 m ²
	Tablero General	1	18.80 m ²	18.80 m ²
	Cuarto de Máquinas Hidráulicas	1	137.20 m ²	137.20 m ²
	Taller equipo médicos	1	18.80 m ²	18.80 m ²
	Taller de pintura	1	12.40 m ²	12.40 m ²
	Taller de carpintería	1	11.00 m ²	11.00 m ²
	Depósito jardinería	1	13.20 m ²	13.20 m ²
	Depósito materiales	1	13.10 m ²	13.10 m ²
	Depósito herramientas	1	6.80 m ²	6.80 m ²
	Acceso a cuarto de bombas	1	7.20 m ²	7.20 m ²
	Cuarto de bombas	1	202 m ²	202.00 m ²
	Sh. Personal	1	37.50 m ²	37.50 m ²
				549.60 m ²
ÁREA PARCIAL				2288.20 m ²
30% Muros y Circulaciones				
ÁREA TOTAL				2974.70 m²

ESTACIONAMIENTOS

Cuenta con una bolsa de estacionamientos, tanto para ambulancias como para vehículos en la zona de Emergencia, cuyo ingreso es por la Av. Los Héroes / Pachacútec y otra bolsa de estacionamientos, compartida con el Hospital María Auxiliadora, para el público y personal médico, satisfaciendo ambas necesidades, cuyo ingreso es por la Av. Miguel Iglesias.

Cuadro final de áreas:

UNIDAD	ÁREA
CONSULTA EXTERNA	1908.30 m ²
BANCO DE SANGRE	345.70 m ²
PATOLOGÍA CLÍNICA	523.40 m ²
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	644.00 m ²
ANATOMÍA PATOLÓGICA	184.70 m ²
C.E.Y.E	378.70 m ²
EMERGENCIA	1211.60 m ²
CENTRO OBSTÉTRICO	880.10 m ²
ZONA PÚBLICA	517.50 m ²
UNIDAD ADMINISTRATIVA	629.50 m ²
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	1281.00 m ²
MÓDULO MUJER Y NIÑO	393.10 m ²
CAFETERÍA	221.80 m ²
HOSPITALIZACIÓN	7446.00 m ²
NEONATOLOGÍA	663.30 m ²
CENTRO QUIRÚRGICO	1104.00 m ²
U.C.I	1052.90 m ²
SERVICIOS GENERALES	2974.70 m ²
FARMACIA	158.90 m ²
ÁREA TOTAL	22519.20 m²

3. Conclusiones

El Hospital Especializado Materno Infantil tiene un área total de 22 519. 20 m², además de un área techada de 6, 765 m² y un área libre de 8, 835 m².

Cuenta con un total del 85 camas pediátricas y 50 camas gineco-obstétricas, siendo la capacidad del hospital de 135 camas.

Este programa ha buscado satisfacer las necesidades de los pacientes no sólo desde el punto de vista de la salud, sino también emocional y familiar, de manera que se convierta en un lugar de referencia para la madre y el niño permitiendo así un acercamiento más agradable a la institución.

Bibliografía

Tesis

1. UNTIVEROS ESPINOZA, David Froilán y VIDAL NÚÑEZ, Ricardo
Centro de Salud para la atención Materno Infantil, Tesis, Lima, Universidad Ricardo Palma.
2. HURTADO TANAKA, Sandra
Instituto Materno Perinatal Cayetano Heredia, Tesis, Lima, Universidad Ricardo Palma.
3. MOLINA NEYRA, Rosa
Centro Educativo Madre–Niño en Chorrillos, Tesis, Lima, Universidad Ricardo Palma.
4. HUAMÁN OROZCO, Paula y ZAVALETA CHIRINOS, Beatriz
Centro de Salud Especializado Materno Infantil en Chorrillos, Tesis, Lima, Universidad Ricardo Palma.
5. DURÁN ACOSTA, Silvia Noemí y PAZ FIORI, Rocío del Carmen
Clínica Pedriatica en Surco, Tesis, Lima, Universidad Ricardo Palma.
6. BORDA SBOTO, Roberto y HEREDIA FALCÓN, Jaime
Hospital de Emergencias en el Cono Sur de Lima Metropolitana, Tesis, Lima Universidad Ricardo Palma.
7. FOURNIER VASALLO, Valerie
Clínica Pediátrica Especializada, Tesis, Lima, UPC.
8. GONZÁLES DE POMAR, Alejandra
Hospital II Negreiros, Tesis, Lima, UPC.
9. RUBIO ABURTO, Mariana y PROAÑO GONZÁLES, Alexandra
Centro Penal Hospitalario, Tesis, Lima, UPC.
10. LÓPEZ ALONSO, Gabriela
Clínica Pediátrica, Tesis, Lima, UPC.
11. GELDRES TORIBIO, Lina Astrid y ESPADÍN MANSILLA, Lira Lidia
Evolución Histórica de los Hospitales de Lima, Tesis, Lima, UNI.

Libros y Otras fuentes

12. CERVANTES / WATANABE / DENEGRÍ
Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú
13. ARIAS SCHREIBER P. Jorge
Hospitales de Lima y Callao, reseña histórica, Lima, 1978
14. CAPECO
Reglamento Nacional de Construcciones: Reglamento Provincial de Construcciones de Lima, Lima, 1997
15. CIPRIANI THORNE, Enrique
Análisis de la Realidad Médica Peruana, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1995
16. DE LOS RÍOS, Jorge
Dimensionamiento de Servicios Hospitalarios, Bogotá, OPS / OMS, 1994
17. HARTH TERRE, Emilio
Hospitales mayores en Lima en el I Siglo de su fundación, Edición Nº 16, Lima. Anales del Instituto de Arte Americano e investigaciones Estéticas, 1963
18. ISAZA, P. y SANTANA, C.
Guías de diseño hospitalario para América Latina, Bogotá, OPS / OMS, 1991
19. LOPEZ ORE, Carlos
Del Hospital Clásico al Hospital Centro de Salud, Perú, Tribuna Médica #6, 1970
20. MINSA
Manual de acreditación de hospitales, Lima, 1996
21. MINSA
Normas técnicas para proyectos de Arquitectura hospitalaria, Lima, 1996
22. MINSA
Normas técnicas para el diseño de elementos de apoyo para personas con discapacidad en los Establecimientos de Salud, Lima, 1999
23. MINSA
Modelos de Salud realizados por organizaciones no gubernamentales, Lima, Proyecto Salud y Nutrición, 1997
24. MINSA
Normas Técnicas para el diseño de elementos de apoyo para personas con discapacidad en los establecimientos de salud, Lima, 1999
25. MINSA
Normas Técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de Emergencia de Establecimientos de Salud, Lima, 2000

26. MINSA
Guías Técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de Centro Quirúrgico y Cirugía Ambulatoria, Lima, 2001
27. MINSA
Guía para el diseño de unidades de Emergencia, Lima, 2001
28. NEUFERT, Ernst:
El arte de proyectar en Arquitectura, México D.F. Edit. Gilli, 1995
29. ORTIZ DE ZEVALLOS, P. y POLLAROLO, P., editores
Salud, Lima, Instituto APOYO, 2000
30. SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD
Análisis de situación de salud en Lima Metropolitana: perfil socio demográfico, morbilidad y mortalidad. Lima, 1998
31. INAMPAS
Salud, medio ambiente y desarrollo hacia el siglo XXI, Lima, 1997
32. OBLITAS BALDARRAGO, Hugo
[La Muerte Materna en Zonas Rurales del Perú](#)
33. OBLITAS BALDARRAGO, Hugo
[El Parto de la Vida en los Andes y Amazonía en el Perú](#)
34. CASTILLO-SALGADO, Carlos
[Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil](#)
35. PALOMO, Salvador
La Planificación Verde en las Ciudades
36. CUBAS MARTINS, Rafael
Arquitectura Paisajista
37. LYNCH, Kevin
Site Planning
38. HIDALGO INFANTAS, Violeta
Obstetricia en dos siglos, Lima, 2004
39. RABÍ CHARA, Miguel
El Hospital de Maternidad de Lima y la Escuela de Obstetrices del Perú (1826-1836).
Tomo V. Historia de la Medicina Peruana. Edit. Grahuer, Lima, 2004

40. BARRIENTOS, Pedro, CAVANI, Carlos
Marketing en Organizaciones de Servicios de la Salud, Edit. Universitaria, Lima, 2004
41. YAÑEZ, Enrique
Hospitales de Seguridad Social. Edit. Noriega, México, 2000
42. INADUR. Instituto Nacional de Desarrollo Urbano
43. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática
44. PERÚ. Compendio Estadístico Socio-Demográfico 2000
45. PERÚ. Compendio Estadístico Económico Financiero 2000
46. PERU. Planos Estratificados en Lima Metropolitana a nivel de manzanas 1998
47. PERÚ. Brevario Estadístico 2000
48. MINSA. Ministerio de Salud
49. OMS. Organización Mundial de la Salud
50. OPS. Organización Panamericana de la Salud
51. IMP. Instituto Metropolitano de Planificación

Entrevistas

52. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Dr. Alejandro Barreda G, Especialista en Ginecología y Obstetricia
53. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista a la Dra. Milagros Barreda R, Especialista en Medicina General.
54. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Dr. Walter Orihuela, Especialista en Anestesiología
55. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Dr. Candy Ricci, Especialista en Pediatría.
56. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Dr. Manuel Florián, Medicina General.
57. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista a la Dra. Sonia Cossio, Especialista en Oftalmología.
58. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista a la Obstetra Sonia Albornoz, Coordinadora Adulto Mujer Salud S.J.M.
59. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista a la Sra. Zoila Cachay, Jefa de Obstetricia Red de Salud S.J.M.

60. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Dr. Willy Altamirano, Jefe de Epidemiología Red de Salud S.J.M.
61. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Dr. César Martínez, Director C. Materno Infantil Manuel Barreto.
62. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Dr. Víctor Bazul, Director del Instituto Materno Perinatal.
63. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Dr. Santiago Cabrera, Director del Hospital San Bartolomé.
64. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Arq. Ramiro Rodríguez, Arquitecto encargado PRONIEM.
65. BARREDA RÁZURI, Zuleika
Entrevista al Arq. Adolfo López, Área mantenimiento Hosp. María Auxiliadora.